Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

Primeira Cadeira de Clinica Cirurgica

DA

ORCHIDECTOMIA DUPLA

NO

Tratamento da hypertrophia da prostata

PROPOSIÇÕES:

Trez sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

EM 20 DE OUTUBRO DE 1899

Para ser defendida por

Alvaro de Barros Machado da Silva

INTERNO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (1896 a 1899)

Natural da Capital Federal

Afim de obter o gráo de doutor em medicina



RIO DE JANEIRO

Maia & Niemeyer—Rua da Alfandega 6 e Uruguayana 47

1899

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Domingos de Goes e Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pedriatica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs. :
1ª Secção	
2ª »	Oscar Frederico de Souza.
3ª »	Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Antonio Dias de Barros.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Miguel de Oliveira Couto.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.--A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DIVISÃO

A divisão que adoptamos em nossa these é a seguinte :

N'um capitulo preliminar fazemos um rapido estudo critico e analytico dos diversos processos que a sciencia registra para o tratamento da hypertrophia da prostata, anteriores e posteriores á orchidectomia dupla.

Nos capitulos subsequentes, que são cinco, occupamo-nos d'esta ultima, em relação ás diversas faces que o seu estudo póde apresentar. Assim, nos quatro primeiros, a nossa attenção occupa-se com o historico, com os resultados colhidos pela experimentação, pela anatomia pathologica e pelo estudo clinico ; no ultimo capitulo tratamos das indicações e das contra-indicações.

O manual operatorio, as conclusões e as observações rematam o estudo que emprehendemos.

*
* *

O exame de nosso trabalho poderá inspirar contra si os rigores da critica. Quem o lêr, porém, sem prevenção, verá que o autor fêl-o com a maxima boa vontade, muito embora a magnitude e difficuldade do assumpto podessem por vezes esmagal-o.

Para a critica severa só podemos pedir a meditação da seguinte paraphrase dos conhecidos versos da «Arte poetica», de Boileau :

« Une thèse excellente, où tout marche et se suit,
N'est pas de ces travaux qu'un caprice produit :
Il veut du temps, des soins ; et ce pénible ouvrage
Jamais d'un *écolier* ne fut l'aprentissage.»

DISSERTAÇÃO

« Les difficultés ne s'aperçoivent en chacune science que par ceux qui y sont entrés. »

(MONTAIGNE).

PRELIMINARES

TRATAMENTO DA HYPERTROPHIA DA PROSTATA

Processos anteriores e posteriores á orchidectomia dupla

Como prefacio ao nosso despretencioso trabalho, passaremos uma rapida vista sobre os methodos usados antes e depois da orchidectomia dupla no tratamento da hypertrophia da prostata.

Antes, porém, de entrarmos no estudo de taes methodos, trataremos do catheterismo.

Guyon diz que o catheterismo é a base do tratamento dos prostaticos ; só quando elle fôr de todo impossivel é que lançar-se-ha mão de um meio mais energico. Nem sempre, porém, o catheterismo realisa o seu fim, que é o de evacuar a bexiga, seja por causa da retenção incompleta que o prostatico póde apresentar, seja por qualquer causa que difficulte a passagem da sonda, indo esta produzir dôr, hemorrhagia ou falsos trajectos, etc. O catheterismo, além de ser um meio, cuja efficacia está verificada no tratamento dos prostaticos, é um excellente recurso para o diagnostico dos mesmos.

Em presença de um individuo com phenomenos de prostatismo, deve-se a principio explorar-lhe o canal da urethra, por meio da sonda olivar de Guyon.

Assim se conhecerá se existe algum estreitamento, que, antes de tudo, deve ser tratado para permittir a passagem de instrumentos. Associado ao toque rectal, o emprego da sonda olivar nos dá informações sobre o tamanho e as deformações da prostata.

Toda antisepsia é pouca quando se trata de um prostatico ; e por isso o cirurgião deve tomar todas as precauções ao praticar o catheterismo.

As sondas olivares e as conicas não devem ser usadas em taes casos, porquanto iriam penetrar no tecido friavel da prostata.

A sonda mais pratica é a sonda molle ou de Nélaton (n. 16 ou 18) ; pela sua flexibilidade, ella se amolda muito bem ás deformações apresentadas pelo canal. Se estas sondas não conseguirem ser introduzidas, usa-se a sonda em cotovello (*coudée*) de Mercier ; a ponta desta sonda vae roçando pela parede supe-

rior do canal, ao passo que o seu cotovello deslisa por cima de todos os obstaculos da parede inferior. Além disso, nos casos em que a introducção desta sonda fôr igualmente muito difficil, deve-se recorrer ao emprego do apparelho chamado mandarim.

Consiste este em uma haste longa formando angulo obtuso n'uma de suas extremidades. Ao longo da haste corre uma pequena peça chamada cursor, cujo formato é exactamente o do pavilhão de uma sonda. A fórma do mandarim é exactamente a mesma de uma sonda de cotovello de Mercier.

Introduz-se a sonda *coudée*, do tamanho que se deseje, ao longo da haste ; esta amolda-se exactamente no mandarim, indo o pavilhão adaptar-se ao cursor.

Com este apparelho transforma-se a sonda de um só cotovello n'uma de dois ; para isso é preciso ir aos poucos retirando o mandarim. Acontece que o primeiro cotovello se dirige para cima, e, quanto mais se retire o mandarim mais elle vai se dirigindo contra a parede superior da urethra até penetrar na bexiga, livrando-se d'esta arte dos obstaculos da parede inferior. A este movimento se podem associar outros de lateralidade que vão libertando cada vez mais o instrumento dos obstaculos interpostos na sua passagem pela região prostatica do canal da urethra.

D'entre os outros instrumentos usados para o catheterismo, cumpre-nos ainda mencionar as sondas curvas.

A questão da concordancia da curvatura entre a urethra e a sonda curva, que é rigida e metallica, exige attenção especial do cirurgião que dêva utilisar-se deste apparelho.

Dos estudos anatomicos e clinicos de Gély conclue-se que a curvatura posterior da curva urethral representa o terço de uma circumferencia de 12 centimetros de diametro, ao passo que a da parte anterior, sendo menos concava, corresponde a uma circumferencia muito maior. Gély abstrahio, por dispensavel, a curvatura da parte anterior, visto ser mais flexivel e mais movel que a da parte posterior ; e assim construio uma sonda cuja parte curva representasse o terço de uma circumferencia de 12 centimetros de diametro.

Localisando-se, em geral, todas as modificações da urethra na parede inferior, cumpre por isso evital-as com o catheterismo ; ora, a sonda curva apoiando-se exclusivamente contra a parede superior perfaz este fim, devendo para isto corresponder exactamente a curva da urethra posterior.

As sondas de Gély conseguem penetrar na bexiga, mesmo quando ha grandes deformações prostaticas.

Os diametros destas sondas são 13 (centimetros), 12, 11 e 10 ; os numeros intermedios são os mais usados. Deve-se empregal-as quando houver falhado a applicação das outras sondas.

Supponha-se uma circumferencia de diametro igual a 10 centimetros : a curvatura da sonda deverá corresponder a um terço della e nunca a um quarto, como succede nas sondas curvas metallicas communs. A razão disto consiste no alongamento que a porção prostatica da urethra apresenta nos individuos que soffrem de hypertrophia.

O catheterismo cumpre ser feito com toda antisepsia, o dissemos, pois o prostatico é um individuo extraordinariamente propenso a infecção. Além disso, não deve ser rapido, porquanto podem sobrevir hemorrhagias *ex vacuo*, devidas a descongestão brusca da bexiga, convindo para tal fim que o calibre da sonda seja pequeno.

Repete-se o catheterismo oito ou dez vezes durante o correr do dia ; de cada vez se retira uma porção de urina, que é substituida por uma quantidade menor de agua boricada morna.

O catheterismo é indicado nos casos de retenção de urina, com ou sem distenção. Quando ha distenção elle vae facilitar a sahida do liquido retido, luctando dest'arte contra a distenção da bexiga. Uma vez esvasiada a bexiga e limpa pelo liquido antiseptico, resta garantir o seu bom funccionamento.

No caso de hematurias ou de infecção muito assignaladas, sendo grande a difficuldade da micção, convém deixar a sonda de demora. Este methodo é préconisado por Guyon, e indicado quando ha falsos trajectos, grande difficuldade e dôres, por occasião do catheterismo, e nos casos de retenção com grande distenção da bexiga.

A sonda de demora exerce acção benefica sobre a urethra e torna mais facil a passagem de instrumentos por dois modos :

a) distendendo o canal, mechanicamente ;

b) descongestionando a prostata e a bexiga.

Por conseguinte é um dreno, que aliás póde ser insufficiente nos casos em que, após a sua applicação, a elevação da febre persiste.

O uso da sonda de demora dá bons resultados, e portanto, antes de qualquer outro processo, deve ser empregado.

Não obstante as vantagens d'esta sonda ella póde ser uma causa de infecção e de irritação para a bexiga. Doentes ha que absolutamente não supportam-n'a.

A infecção por ella produzida póde-se propagar aos ureteres e rins.

* * *

As intervenções cirurgicas, para a cura da hypertrophia da prostata, dividem-se em duas grandes cathegorias. Na primeira, acham-se incluidas as intervenções que se praticam para supprimir os obstaculos á micção, quer pela ablação d'este obstaculo, quer promovendo o seu desapparecimento por um processo mais lento, como a atrophia. Na segunda cathegoria, estão comprehendidas as intervenções que se limitam á derivação das urinas.

A primeira cathegoria comprehende processos *directos* e *indirectos*.

Entre os directos estão a *dilatação urethral forçada*, (*) as *prostatomias*, as *prostatectomias*, os diversos tratamentos por meio da *electricidade* e do *thermo-cauterio* e as *injecções intersticiaes*.

Entre os indirectos, notam-se a *ligadura da illiaca externa*, a *angionevrectomia*, a *resecção dos canaes deferentes*, e a *orchidectomia*.

A *cystostomia*, *e a anastomose vesico uretral ante-prostatica* incluem-se no rol das operações derivativas do curso normal da urina ou da segunda cathegoria.

De dois modos se faz a *prostatomia*, pela via urethral ou pelo perineo :

a) A *prostatomia urethral* aconselhada por Guthrie (1834), hoje não é mais usada; consistia em incisar as barras prostaticas.

D'este modo tratavam Mercier, Civiale, Leroy d'Etiolles. Cahio no desuso, embora em 1880, Gouley tentasse rehabilital-a sem resultado.

b) A *prostatomia perineal* ou *drenagem perineal* foi, pela primeira vez, mencionada por Gouley em 1885, sendo bem descripta e estudada por Harrison.

Consiste em seccionar com o bisturi abotoado a porção membranosa da urethra na linha mediana, com o auxilio de conductor, que serve para guiar a mão de quem opera.

Aberta a urethra, introduz-se o index no orificio afim de dilatal-o ; d'est'arte penetra-se na bexiga. Depois leva-se á bexiga um tubo duplo e recurvado, analogo a uma canula de tracheotomia.

(*) Nada diremos sobre este processo : além de desusado, seus resultados não são duradouros.

O tubo externo é fixo e applica-se contra o perineo, o tubo interno corre no interior d'aquelle e facilmente é retirado. N'esta posição é, porém, conservado e só se retira quando a sonda póde penetrar na bexiga, permittindo a sahida da urina pela urethra. Succede isto mez e meio depois de feita a operação.

Com a prostatomia perineal o que se tenta é descongestionar a prostata pelo estado de repouso em que fica. Tal operação só se póde fazer com proveito na hypertrophia do lobo médio da prostata.

Passando a outras operações, trataremos da *prostatectomia*. Ella se faz por duas vias, perineal media ou lateral e supra-pubiana. Além d'isso cumpre declarar que geralmente é praticavel, e só se applica para ablação de um dos lobos lateraes da prostata hypertrophiada.

a) A *prostatectomia perineal* é mediana ou lateral. Na perineal média a incisão é como se fosse para a talha. Geralmente não é praticada com o fim de actuar directamente sobre a prostata, porém, na occasião da operação da talha perineal, o cirurgião que tenha de curar um calculoso, deparando com o lobo hypertrophiado da prostata faz a ablação do mesmo.

b) A *prostatectomia perineal* lateral ou operação de Dittel é applicavel no caso em que a difficuldade da micção é provocada pela hypertrophia dos lobos lateraes.

Collocado o doente na posição da talha perineal, passa-se um catheter conductor que vá á bexiga e que durante a operação é confiado a um ajudante.

Ao longo do raphe e contornando o anus indo até o coccix, faz-se uma grande incisão, depois descolla-se aos poucos o recto até attingir a prostata e, uma vez descoberta, retira-se d'ella uma cunha com cuidado para não ferir a urethra.

c) Dittel tambem preconisa, e igualmente Mac-Gill, Mayo-Robson, etc., a *prostatectomia supra pubiana.*

A incisão e os primeiros tempos da operação são os da talha hypogastrica. Os bordos da ferida abertos e a bexiga suspensa por meio de fios, pratica-se a abertura da mesma.

A operação é simples : apanha-se com uma alça galvanica o lobo médio hypertrophiado e pratica-se assim a sua ablação. Depois cauterisa-se o lobo incisado, porque sangra muito, pratica-se o catheterismo retrogado, sutura-se a bexiga e a parede do ventre.

Desnos, no Congresso de Cirurgia de 1895, dá uma estatistica de 25 doentes, mas sem nos dizer porque via elle resecara a prostata. Os resultados forão : 2 morreram, 1 peiorou, 4 ficaram

estacionarios e 15 curaram ou experimentaram melhoras. E conclue dizendo que essa operação é util nos moços.

Belfield dá, porém, em 133 prostatectomias 29 curas sómente.

Pilcher, em 4 operações, apresentou o resultado de 4 mortes.

A opinião, pois, de Desnos é rasoavel; dizia elle que esta operação é grave nos velhos já enfraquecidos por causa do grande traumatismo e da perda consideravel de sangue que este acto operatorio accarreta e porque, em geral, se trata de individuos infeccionados. Este processo é importante em relação ás complicações infecciosas nos individuos prostaticos e só tem applicação nos casos em que houver hypertrophia do lobo médio da prostata. Se um cirurgião praticando a prostatectomia supra pubiana só actua sobre o lobo médio, com que base irá elle sujeitar o doente a um tão grande traumatismo?

E' illusorio querer garantir que a hypertrophia se assente sobre tal ou qual ponto determinado da prostata, e mais que esse ponto seja o lobo médio que vae obstruir o collo da bexiga, quando é sabido que as hypertrophias delle são justamente as mais raras.

Os recursos offerecidos pelo toque rectal e pelo catheterismo falham e por isso Mansell Moulin propoz o seguinte methodo para reconhecer o lobo médio: Introduz-se a extremidade de uma sonda na urethra, esta sonda communica com um reservatorio contendo agua, o qual é susceptivel de poder ser elevado ou abaixado. Injecta-se o liquido; se existe o lobo médio, não é necessario elevar muito o reservatorio para o liquido penetrar; se a hypertrophia estender-se a toda a prostata, a pressão precisa ser muito maior para vencer a resistencia. Este methodo não offerece garantia de especie alguma pelas causas de erros que lhe são inherentes. Além disso deve attender o cirurgião ao estado da bexiga; si estiver degenerada com a sua contractilidade perdida, a contra-indicação deste processo é então formal. (*)

Os preconisadores deste processo, e d'entre elles Prédal (These de Paris, 1897), aconselham, neste caso, a sua pratica, como um recurso para facilitar o catheterismo; mas nem por isso a contra indicação não deixa de ser formal, pois se nos afigura que não é licito praticar tão grande traumatismo n'um individuo já depauperado só com o fim de facilitar o catheterismo.

Além d'esses dois processos de prostatectomia, por via perineal ou por via hypogastrica, ha o processo mixto resultante da fusão de ambos.

(*) Para diagnosticar a hypertrophia do lobo medio o unico recurso de que dispõe o cirurgião é o exame *cystoscopico*.

Os seus resultados são mais estaveis que os dos dois methodos isolados, porém a mortalidade n'este processo de fusão é mais elevada que nos outros dois, e se a isso ajuntarmos o traumatismo enorme que elle provoca, veremos que só se póde concluir pela sua contra indicação.

Cauterisação electrica—Este é o methodo de Bottini pelo qual se cauterisa a prostata atravez da urethra. Como a prostatomia urethral, elle está sujeito a grande numero de recahidas. Na opinião de Negretto é isto devido ao facto da cauterisação só poder actuar sobre o lobo médio.

Czerny, que é enthusiasta d'este methodo, acha que entretanto elle é contraindicado nos casos de fraqueza vesical, cystites graves e pyelo-nephrites.

Além d'esse processo ha o da *electro-punctura* e a *electrolyse*. Vautrin acha que esta ultima é util, porque suscita a contractilidade das fibras musculares lisas, as quaes, restringindo a luz dos vasos, vão produzir a descongestão da glandula.

Quanto ao *esmagamento das bridas prostaticas*, proposto, mas nunca praticado por Velpeau, Voillemier o contesta plenamente. O mesmo fazemos quanto ás *injecções intra-testiculares* de tintura de iodo, cujo resultado nos parece problematico.

* * *

Passemos agora aos meios derivativos, destacando d'entre elles a *puncção hypogastrica* e a *cystotomia supra pubiana*.

Estes dois recursos, visando combater simplesmente a retenção, que é uma complicação commum nos prostaticos,—o que se faz com efficacia,—podem occasionar momentaneamente a descongestão das glandulas pelo repouso em que fica a bexiga, devido á rapida evacuação da urina n'ella contida. Por isso elles devem ser considerados como operações palliativas.

1.º *Puncção hypogastrica*—Inventada no fim do seculo XVII por Turbier e vulgarisada por Méry em 1701. Em 1870 foi modificada segundo os estudos de Potain e Dieulafoy.

Ha dois processos:

a) *Puncção com o trocate ordinario*; e *b*) *puncção com o aspirador*.

a) *Puncção com o trocate commum.*

Usada pelos antigos cirurgiões e apontada de novo por Lejars em 1893, é operação cujas desvantagens são tantas que já cahio no desuso. A sua gravidade era tal que um cirurgião, en-

tre o emprego da puncção com o trocate e o catheterismo forçado, preferia este ultimo.

Consistia esta operação em fazer uma puncção com o trocate commum acima do pubis e deixar a canula fixa.

Esta canula, porém, ia causar a irritação das paredes da bexiga quando ella ficava em estado de vacuidade ulcerando-as tanto que até chegavam quasi a gangrena. Por esse facto substituio-se a canula por uma sonda de caoutchouc, a qual preenchendo o lugar da canula, ia ás vezes causar, como refere Gosselin, uma infiltração urinosa.

Demais, a puncção póde ser feita de tal modo que fira a propria prostata. Monod cita a observação de um doente entrado na Maison Dubois, cuja autopsia apresentou perfuração do lobo médio.

As puncções com o trocate commum cahiram, logo após a descoberta da puncção com o aspirador.

b) *Puncção com aspiração.*

Apezar de ser um processo mais seguro, não deixa de apresentar desvantagens. Uma bexiga sã com as paredes bem elasticas, desde que é puncionada e, feita a extracção da urina, retirando-se a agulha ao aspirador, fecha-se por si. Mas n'um doente que apresente distenção dar-se-ha o mesmo facto ? Não. A elasticidade da bexiga acha-se perdida por motivo da distenção ; e a estagnação da urina, já ammoniacal, torna-a um orgão esclerosado. O orificio portanto, que fica depois da retirada da agulha, dará passagem á urina que irá infeccionando os tecidos visinhos por onde a mesma agulha passou.

Além disso, na occasião da retirada da agulha, mesmo quando a bexiga não fôr esclerosada, por mais aseptica que aquella esteja, podem sobrevir complicações devidas á passagem da mesma agulha que esteve em contacto com a urina infeccionada. E assim irá a urina produzir fleimões, abcessos prevesicaes e peritonites por propagação.

Demais a ferida de um vaso da rêde venosa prevesical irá occasionar a formação de um hematoma.

Tambem é possivel que o peritoneo seja attingido quando ha adherencias com a symphise pubiana ou quando ha mudanças de relações do fundo de sacco peritoneal que são muito inconstantes. Já tivemos occasião de vêr um caso de adherencia na occasião em que se praticava a talha hypogastrica.

Por fim póde-se dar a puncção da propria prostata, como já o dissemos, tratando-se da puncção com o trocate ordinario. Accresce-se que é um processo doloroso e de anesthesia impossivel.

Tendo de ser repetido amiudadas vezes, porque é chimera pensar que o doente fique bom com uma só puncção, torna-se claro que a sua applicação é simplesmente palliativa, só justificada na retenção aguda, depois de tentado o catheterismo e na impossibilidade deste.

2.º *Cystostotomia supra pubiana*. Esta operação foi introduzida na pratica por Thompson, por Bœkel e Rœhmer e ultimamente bem estudada por Poncet (1888) e Mac Guire, sendo vulgarisada por estes ultimos. O doente é collocado em decubito dorsal, com as cadeiras elevadas por um coxim ou então collocado n'um plano inclinado com a cabeça em plano inferior aos pés, o que se obtem com a mesa de Tredenlenburg.

Anesthesiado e feita a raspagem dos pellos do pubis e asepsia da região, procede-se ao acto operatorio.

No 1º tempo, como na talha hypogastrica, pratica-se a incisão dos tegumentos começando no bordo superior do pubis, na direcção da linha branca. Póde medir de 6 a 8 centimetros e comprehende a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

No 2º tempo incisa-se a linha branca, cumprindo que a extremidade superior da incisão não attinja os limites da incisão da pelle; deve terminar um pouco mais abaixo.

Feito estes dois tempos, busca-se a parede anterior da bexiga do modo seguinte: com a extremidade de um dos index, como um gancho, penetra-se no tecido cellular pre-vesical, atravez da incisão, e com elle vae-se recalcando o fundo de sacco peritoneal, evita-se feril-o, sustentando-o com o mesmo até a abertura da bexiga. Este é o 3º tempo.

Isto feito passa-se ao quarto tempo: incisa-se a face anterior n'uma extensão igual a 10 ou 12 millimetros, no ponto mais proximo possivel do collo da bexiga. Esvasiada esta do seu conteúdo, lava-se a mesma conjunctamente com a ferida que esteve em contacto com a urina, com 2 ou 3 litros de agua boricada a 40 por 1000. Depois faz-se a limpeza com tampões de gaze hydrophila esterilisada.

5º tempo. Sendo a hemostasia completa, inicia-se a sutura. Os fios atravessam a ferida abdominal e vesical completamente, de lado a lado, a poucos centimetros das incisões. Os pontos são em numero de 6 ou 7.

Como curativo, diz Poncet: — « Chez les cystotomisés, le meilleur pansement est l'absence de pansement. » O que é bem indicado é deixar o meato hypogastrico coberto por uma pequena compressa molhada n'uma solução antiseptica, afim de que a urina não incommode o doente. Como um methodo rapido, com-

modo e superior á puncção, de qualquer modo que seja praticado, rara é a vez em que o operador tem de fazer alguma ligadura. Posto que benigna, a operação não deixa de ser um recurso meramente palliativo, porque não cura o prostatico, livrando-o simplesmente dos perigos de uma retenção. Esta operação é indicada em certos casos de retenção em que o catheterismo é impossivel, como por exemplo, quando o doente apresenta infecção hematuria, etc.

Sendo o doente, além de prostatico, calculoso, ella é appropriada.

Tuffier acha necessaria a classificação das indicações da cystotomia.

Cumpre distinguir os casos de retenção completa dos de retenção incompleta, com ou sem accidentes infecciosos.

Nos doentes de primeira cathegoria o catheterismo geralmente é possivel e bastante ; só se deve recorrer á cystostomia quando haja accidentes geraes, ou impossibilidade do catheterismo. Nos doentes atacados de retenção incompleta, a cystostomia é indicada, havendo accidentes funccionaes e infecciosos. Em ambos os casos é supprimir a fistula, logo que possivel fôr, e só conserval-a, se não houver retrocesso quanto ao obstaculo prostatico.

Poncet, com os seus partidarios, opina pela fistulisação supra pubiana permanente, ao passo que a escola de Guyon é contra ella. Com bem poucas excepções os cystostomisados ficam incontinentes, tornando-se o meato uma verdadeira enfermidade, util quando existe a retenção, porém inutil logo que a urina passa a retomar o seu curso natural. Diz Aunеau que «a volta da micção pela urethra é um fim que se impõe. A fistulisação não deve ser definitiva senão nos casos em que a vida do doente esteja de todo ligada a este modo de derivação urinaria, seja qual fôr a indicação primitiva da intervenção.» Quanto aos resultados immediatos são excellentes ; as consequencias directas da operação são as melhores ; porém os resultados remotos são mais discutiveis.

A fistula permanente acarreta o grave inconveniente da incontinencia. Varios apparelhos têm sido propostos para sanar este inconveniente ; mas parece que elles não satisfazem os desejos nem dos doentes, nem dos cirurgiões e nem dos fabricantes.

Varias tentativas têm sido feitas para obter o meato continente : assim Wassilief imaginou um processo, chamado *cystostomia ideal*, e com o qual elle pretende obter tal *desideratum*, formando um sphincter. Para isso descola as duas tunicas da incisão vesical, a muscular e a mucosa ; sutura a mucosa á pelle

e deixa livre a muscular, afim de vêr si dest'arte se consegue um sphincter. Este, accrescentado ao formado pelos dois musculos rectos constituirá um canal com dois sphincteres.

Jaboulay faz a cystostomia, não na linha mediana, mas atravez de um dos grandes rectos, cujas fibras se enrolam em torno do novo canal á modo de sphincter.

Os resultados destes dois processos ainda não são bem conhecidos.

Outro processo para a derivação das urinas é proposto em 1896 por Rochet, isto é, o do *alargamento auto-plastico da angustia prostatica* (*urethro-prostatoplastia*).

Esta operação é precedida de uma outra preliminar, a resecção do pubis, afim de attingir a base da bexiga e a urethra.

No seu primeiro tempo pratica-se uma incisão em λ, na linha mediana umbilico pubiana, á partir de um dedo atravessado acima do pubis, indo até a raiz do penis ; ahi bifurca-se em dois ramos, um de cada lado, indo contornar a mesma raiz. A incisão vertical vai até o osso e as lateraes são feitas com vagar, até a descoberta dos cordões espermaticos, ficando estes aos cuidados de um ajudante.

No *segundo tempo* desnudam-se com a curetta os tecidos fibrosos anteriores á symphise. Secciona-se o ligamento suspensor do penis, guardando algumas fibras arciformes. O penis bem separado do pubis deixa vêr o osso subjacente.

No *terceiro tempo* resecca-se o pubis n'uma extensão de centimetro e meio de altura.

No *quarto tempo*, feita a resecção, apparece a parte inferior da bexiga e a anterior da prostata, com o plexus de Santorini que as precedem. Por ahi pratica-se a incisão com o thermo-cauterio, applicando-o ao mesmo tempo, como hemostatico, no caso de hemorrhagia das veias ante-prostaticas. No começo da operação se introduz na urethra um conductor metallico. Então se incisa a prostata da base até o bico.

Feito isto passa-se ao *quinto tempo*, no qual se apanha a parede anterior da bexiga, muito movel e de facil distenção, e leva-se por deante da urethra incisada, sendo depois suturada com ella. A parede da bexiga irá fazer o papel de parede anterior da urethra.

Esta operação, além de não ser consagrada pela pratica, pois o seu inventor só a praticou em cadaver, apezar de muito desejar applical-a no homem, não nos tenta, pelo traumatismo que irá provocar. Todos sabem que o traumatismo nos prostaticos, indi-

viduos depauperados e infeccionados, em geral, é cousa temida pelo cirurgião ; além disso o risco das hemorrhagias faz duvidar do bom exito desta nova intervenção.

* * *

Entremos agora no estudo dos methodos indirectos que assim se grupam : « ligadura da illiaca externa, orchidectomia unilateral ou dupla, resecção uni ou bilateral dos canaes deferentes, angionevrectomia, e ligadura em massa do cordão espermatico.»

Ligadura da illiaca externa — Este processo foi tentado em 1893 por Bier (Wiener klin. Woch. 1894 n. 32.)

Comparando a hypertrophia da prostata com certas affecções uterinas, applicou elle no homem o processo proposto por Battey para impedir a evolução dos fibromas uterinos, isto é, a ligadura da arteria illiaca externa ; Bier pensava que assim procedendo privava a prostata do sangue e diminuia o volume da glandula.

A gravidade da operação, affirmada pelo seu proprio iniciador, tem feito com que ella não seja repetida.

Elle operou tres prostaticos. No primeiro ligou a arteria por via transperitoneal ; a operação durou duas horas e meia, e o doente, apezar de se terem diminuido os accidentes que apresentava, morreu de septicemia. Nos dois outros fez a ligadura pelo perineo, e ambos ficaram curados.

Mais tarde Willy Meyer, de New-York, apresentou tres observações pessoaes. No primeiro operado, fez a ligadura dupla da hypogastrica, mas no dia seguinte, havendo hemorragia secundaria, foi preciso ligar a illiaca primitiva na sua origem, resultando disto gangrena dos artelhos e parte do metatarso, pelo que se fez a amputação do pé ; o resultado para o prostratico foi negativo. No segundo, o doente conseguio urinar, mas morreu no quarto dia, em coma. No terceiro, a ligadura só foi feita de um lado ; o resultado foi completamente negativo.

Achamos, pois, que com a simples citação destes factos o processo de Bier dispensa maior critica ; elles são bem evidentes.

Passemos agora ás operações que se praticam no apparelho testicular.

A orchidectomia unilateral é uma operação pouco praticada, em vista da incerteza dos seus resultados.

O estudo experimental feito por Pavone, demonstrou, em dois cães, que a atrophia era mais saliente no lobo correspondente ao testiculo retirado.

As experiencias de Przewalsky, em dois cães, e as de Caminitti, em carneiros, nada demonstraram.

Albarran e Motz estudaram a orchidectomia unilateral em cinco cães, dois dos quaes não apresentaram alteração alguma, nem quanto a diminuição de volume, nem quanto a atrophia ; sendo que nos tres outros a atrophia, junta á diminuição do volume, era notavel. O exame microscopico provou a existencia da atrophia pouco generalisada em ambos os lobos da prostata, e mais notavel do lado correspondente á castração : ella era mais assignalada nas porções peri-urethraes da glandula.

O resultado destas experiencias nos levam a concordar que os effeitos da orchidectomia unilateral, nos animaes, são problematicos.

O estudo da prostata nos individuos sãos, com ausencia de um dos testiculos, mostrou em muitos casos a diminuição de volume do lobo correspondente da glandula, o que aliás nem sempre acontece.

A pratica desta operação tem demonstrado sobejamente a inconstancia de seus effeitos e o pequeno numero de vezes em que foi empregada, só nos fazem concluir pela contra indicação della.

A *resecção dos canaes deferentes*, praticada pela primeira vez por Harrison, é um dos methodos indirectos mais preconisados no tratamento da hypertrophia da prostata.

Grande numero de provas experimentaes foram feitas para confirmar a regressão soffrida na prostata, depois da pratica desta intervenção ; faremos um rapido estudo critico das mesmas.

As experiencias, em cães, praticadas por White, Wood e Kirby, deram os resultados que se seguem : os testiculos conservaram-se normaes ; a prostata de cada um, examinada no oitavo, decimo, vigesimo quinto e quinquagesimo segundo dia, mostra que no cão sacrificado no oitavo dia, não ha ainda alteração, porém que a partir do decimo dia a atrophia vae progredindo e o peso da prostata tambem vai diminuindo.

Pavone obteve, em quatro experiencias, dois resultados negativos e dois com atrophia notavel.

Legueu em cinco cães observou o seguinte : em tres com longos intervallos (o ultimo delles foi sacrificado cinco mezes depois) não havia atrophia ; nos dois que restavam ella era notavel no microscopico, porém o volume da glandula não soffrera diminuição.

Caminitti e Dittel acharam sempre atrophia. Casper, na sessão da Sociedade de Medicina de Berlim, de 17 de Maio de 1897, disse que, por sua parte nas experiencias que fizera, nunca observára a atrophia.

Albarran e Motz, em dez cães, só conseguiram a atrophia completa da glandula n'um só delles ; dos outros, tres não a tiveram e nos seis que restavam ella era pouco pronunciada.

Vê-se de tudo isto quão inconstantes e tardios são os resultados desta operação nos animaes.

Os resultados que dão os primeiros experimentadores mostram que o seu estudo necessita de uma nova orientação.

O estudo anatomo-pathologico só foi feito duas vezes não confirmando a atrophia

A acção da resecção bilateral dos canaes deferentes, clinicamente fallando, deve ser estudada em relação á prostata e á bexiga.

A sua acção sobre a prostata revela-se quasi sempre pela diminuição precoce do volume da glandula. Os seus effeitos comtudo não foram detalhadamente observados quanto aos resultados posteriores. Elles, porém, são devidos á descongestão da prostata, e só assim se explica a sua precocidade. O maior numero de casos de doentes que obtiveram resultado desta operação comprehende os periodos de dysuria e de retenção aguda o que vem confirmar a precocidade dos effeitos devidos á descongestão que ella produz.

Nos casos de retenção chronica a sua pratica não é justificavel, apezar de um pequeno numero de bons resultados citados em observações.

Quanto aos phenomenos de pertubação intellectual, que succedem ás vezes a orchidetomia dupla, já foram observados depois da resecção dos canaes deferentes.

No caso de impossibilidade de catheterismo nos periodos de dysuria e de retenção aguda ella é preferivel á orchidetomia dupla.

A *resecção unilateral* muito pouco estudada não apresenta ainda indicações.

A *ligadura em massa* ou a *resecção* do *cordão espermatico*, chamada tambem *bistournage*, proposta por Mears e Stafford e praticada por este ultimo e por Bazy, não apresenta ainda um estudo clinico que autorise a sua pratica : a experimentação lhe é desfavoravel.

A *angionevrectomia* do cordão, proposta por Albarran e Motz, consiste na resecção de todos os elementos componentes do feixe

vasculo-nervoso do cordão, á excepção do canal deferente, da arteria deferencial e uma ou duas veias que as acompanham.

No cão este processo surtio bem; o estudo clinico, porém, ainda não foi feito.

*
* *

Findo este exame critico dos diversos processos usados no tratamento da hypertrophia da prostata passamos ao estudo da orchidectomia dupla, partindo do seguinte principio, que a todos deve guiar: o *catheterismo bem praticado é o tratamente basico do prostatico;* só quando este falhar é que se deve usar de outras intervenções.

Capitulo I

HISTORICO. CONSIDERAÇÕES GERAES

N'um doente de 73 annos, prostatico, com dysuria sem retenção de urina, Ramm (*Hypertrophia prostatæ behandelt mit kastration — Centralblatt für Chir. 2 Sept. 1893 — t. XX e 1894 t. XXI*), a 25 de Abril de 1893, em Christiannia, praticou pela primeira vez a orchidectomia dupla, com o intento de cural-o.

Dias depois o mesmo cirurgião, em um outro prostatico, que apresentava retenção completa, applicou novamente o processo usado no primeiro doente. O resultado, neste caso, como no precedente, foi lisongeiro.

Ramm, quando applicou o seu processo pela primeira vez, fel-o pensadamente, baseado na velha theoria de Velpeau, que estabelece analogia entre os fibromyomas uterinos nas mulheres, em periodo de menopausa, e as prostatas hypertrophiadas nos velhos. Ora, como nos casos de fibromas uterinos a orchidectomia dupla dava bons resultados na mulher, assim tambem nos casos de hypertrophia da prostata, era licito esperar que identicos beneficios adviessem para o homem.

Mais ainda, elle não partio só escudado nesta opinião; praticara em cães a castração dupla, observando sempre a atrophia da prostata.

A analogia estabelecida entre a prostata hypertrophiada nos velhos e os fibromyomas nas mulheres, no periodo de menopausa, não pertence a Ramm ; foi admittida por Velpeau e Thompson.

No decurso do mesmo anno, White, de Philadelphia, no mez de Junho, aliás sem ter conhecimento dos trabalhos do seu antecessor, preconisava o mesmo processo. E o mais interessante é que o seu modo de argumentar era identico ao de Ramm.

Em Dezembro de 1893, Haynes de Los Angeles (Pacific Medical Jour. — 1894) fez tres orchidectomias duplas coroadas do mais brilhante resultado.

Foram, pois, Ramm, White e Haynes os tres primeiros cirurgiões que deram inicio ao emprego deste novo methodo de tratamento da hypertrophia da prostata.

E' verdade, no emtanto, que cirurgiões houve, que com fim muitissimo diverso, tendo praticado a orchidectomia dupla, motivada por tumores malignos, tuberculose do testiculo, etc., em individuos prostaticos, já muito antes haviam observado a volta da micção e desapparecimento dos symptomas originados por aquella hypertrophia.

Assim foi que Tupper, tendo praticado a orchidectomia do testiculo direito, motivada por um tumor maligno n'um prostatico, que antes e pela mesma causa, havia soffrido igual operação no testiculo esquerdo, vio voltar-lhe novamente a micção, desvanecendo-se as perturbações que antes a tornavam impossivel. O facto deu-se em 1877 e em 1882 bem como 1886 este mesmo cirurgião obteve iguaes resultados em casos identicos.

John Laugton na Clinical Society of London (British Medical Journal —Feb. 18—1899 pag. 408) relembrou um caso occorrido, muitos annos antes da operação que propôz Ramm. Um doente de 68 annos de idade, com tuberculose no testiculo direito e hypertrophia da prostata em que a frequencia das micções (20 vezes por noite) encommodava-o muito. Fez-se a castração. Tres ou quatro annos após, quando foi de novo observado, apresentava o lobo direito da prostata muito diminuido. Como então o testiculo esquerdo estivesse tambem tuberculoso, foi removido ; e d'ahi em diante a prostata perdeu grande parte de seu volume.» Este doente, hoje na idade de 87 annos, urina sómente duas ou tres vezes por noite. O caso occorreu em 1878.

O mesmo conseguio Derjuskiski, em 1886 n'um, prostatico, apresentado em Março de 1894 á Sociedade Medica de Moscou, por Sinitsine ; ficou completamente curado.

Launois, por seus trabalhos experimentaes, já havia proposto tal methodo no serviço do Professor Guyon.

Os seus trabalhos datam de 1884 (Annales des mal. des organ. gen. urinaires-1894). Já então dizia elle que «em todos os animaes domesticos, machos, privados de seus testiculos pela castração, a prostata soffria uma atrophia consideravel, e não constituia mais do que uma pequena massa fibrosa, na qual apenas se achavam vestigios de parenchyma glandular, perdidos no meio de um tecido conjunctivo denso e unido.»

Estes casos, porém, não podem invalidar o merito da descoberta de Ramm, porque, como vimos, nenhum d'aquelles observadores praticou a castração com o firme proposito de curar a hypertrophia da prostata; as curas por elles relatadas são o resultado de meras coincidencias.

Antes das experiencias de Launois, já Godard Curling, Gosselin e outros tinham notado relações entre o testiculo e a prostata, como se passa a ver.

Leroy d'Etiolles, citado por Albarran, diz: «a castração praticada na infancia parece deter o desenvolvimento da prostata tanto para o homem como para os animaes.» Este mesmo autor cita o caso de um moço de 21 annos, castrado na infancia que era portador de um calculo e que, examinado, não apresentava vestigios siquer da prostata. Harrison (Lancet, 22 de Fevereiro de 1895) narra que Decimus Hogdson n'um tratado de molestias da prostata mencionava que «nos castrados a prostata attinge uma condição rudimentar.»

Grüber e Civiale contam factos analogos aos de Léroy d'Etiolles e Godard no seu livro sobre o Egypto—(Egypte et Palestine, 1867 pg. 130) desenha os orgãos genitaes d'um eunuco, que soffrera extirpação do penis e dos testiculos; a prostata e as vesiculas são comparaveis aos mesmos orgãos de uma criança.

Os estudos posteriores feitos em eunucos por Bilharz e Pelican corroboram mais ainda a veracidade d'esta asserção e de Godard.

Mais tarde os estudos feitos por Launois chegam a conclusão de que nos eunucos a prostata apresenta-se sempre muito diminuida de volume e, ás vezes mesmo, completamente atrophiada.

O estudo experimental confirma perfeitamente o que nos é attestado por tantos observadores. Launois com este fim, desde 1884 tem praticado a castração, observando sempre a atrophia da prostata, nos animaes sujeitos a ella.

White cita Hunter que diz: «a prostata do touro é molle e massiça, ao passo que a do animal castrado é molle e fibrosa.»

Griffiths, tendo-a experimentado em dois cães e dois gatos, conclue que, n'estes animaes castrados, a prostata se atrophiara.

Como já dissemos, Ramm e White, antes de praticarem a castração com fim especial, fizeram-na em animaes, observando em todos os casos a atrophia.

Os estudos posteriores, feitos por Guyon, Motz, Albarran, Legueu e muitos outros, trazem ainda maior concurso de provas.

White e Kirby estabelecem a proporção entre o peso do cão e o volume da prostata, antes e depois da castração, e concluem do modo que se segue :

1º (cão pesando 15 kilos) :
Peso médio da prostata n'um cão de 15 kilos . . 15,grs.
17 dias depois da castração. 5,grs. 420
2º (cão de 14 kilos) :
Peso approximado da prostata . . . . 14,grs.
21 dias após a castração 5,grs. 700
3º (cão de 14 kilos) :
Peso da prostata 30 dias depois da castração . . . 2,grs. 600
4º (cão de 20 kilos) :
Peso da prostata 32 dias depois da castração. . 2,grs. 620
5º (cão de 15 kilos) :
Peso da prostata 41 dias depois da castração . . . 5,grs. 700

Este methodo é inconveniente, porquanto deve-se attender a extrema variabilidade entre o peso do corpo e o peso e o volume de um orgão.

Legueu (*) segue outro methodo : no cão em que vai praticar a castração faz antes o toque rectal ; toma minuciosamente as dimensões da prostata e as compara com as dimensões da mesma depois de praticada a castração. Tomou para isso dois cães ;—examinou em ambos a prostata, pelo toque rectal ; achou-as semelhante ao volume de uma noz. Fez-lhes a castração dupla. Passados dois mezes e meio sacrificou um delles—; a prostata diminuio de um terço do volume primitivo. O outro animal, só cinco mezes depois foi sacrificado ; e a prostata, que era apenas um pouco mais volumosa que a do outro, de tal modo se transformou que, com difficuldade, foi achada. Assumio a fórma de um annel delgado, contornando a parte profunda da urethra posterior e perdeu dois terços de seu volume anterior. O exame histologico confirmou a atrophia em ambos os casos.

Poderiamos, aqui, incluir o estudo da atrophia da prostata produzido pela orchidectomia dupla ; mas reservamol-a, por motivo de ordem, para um capitulo especial.

(*) Archives de Physiologie, n. 1, 1896.

Estes dados de observação e de experimentação são ainda confirmados pelo estudo embryologico da prostata, do testiculo e do canal deferente, corroborando assim a idéa que os faz unidos como por um laço intimo.

Diz-nos a embryologia que o epididymo e o canal deferente se originam da parte superior do corpo e do canal de Wolf ; o canal de Müller desapparece em sua grande extensão e suas duas extremidades persistem. Uma d'estas constitue-se em uma especie de ampola que vai cobrir o testiculo, formando a *hydalide não pediculada de Morgagni*, a outra reune-se á do lado opposto formando o *utriculo prostatico.*

O estudo do desenvolvimento destes orgãos — testiculos e prostata — traz-nos mais uma prova da relação que entre elles existe. Vê-se que tal desenvolvimento é parallelo. Em 1984 casos, English averiguou que até aos 20 annos, elles se desenvolvem conjuntamente ; pelos 40 annos, em certos casos, o desenvolvimento da prostata torna-se mais pronunciado que o do testiculo. O maximo da actividade de ambos estes orgãos regula pela edade de 30 annos.

A teratologia offerece tambem larga messe de provas de como esta relação entre os dous orgãos é real.

Godard, que muito bem estudou a questão, diz : « que toda parada de desenvolvimento do testiculo, de qualquer fórma que seja, repercute sobre a prostata, e as vesiculas seminaes.» E o mesmo Godard (Récherches teratologique sur l'appareil séminal de l'homme, pg. 54) cita uma observação, colhida no serviço de Bouillaud, de ausencia congenita de ambos os testiculos e em que havia consideravel diminuição de volume da prostata.

Harrison, citado por Launois, observou facto identico.

White diz : « que n'um caso de parada de desenvolvimento dos orgãos genitaes externos a prostata achava-se de um volume diminuto apenas perceptivel.»

Flœrsheim conta o seguinte caso que Routier por sua vez lhe narrára: «Le 26 Mars 1896, vint le consulter pour des symptomes de prostatisme, un malade de 63 ans, qui se plaignait de mictions fréquentes, survénant aussi bien la nuit que le jour, l'obligeant à uriner une fois au moins, par heure ; la station débout, la voiture exageraient les douleurs; il n'y avait pas d'hématuries. On ne constatait à droite la moindre trace de testicule; à gauche la glande était au contraire très volumineuse. Le toucher décela l'absence complète du lobe droit de la prostate, tandis que le lobe gauche était extrêmement volumineux et s'en allait

en pointe du côté de la vessie.» (Vide Flœrsheim — Thèse de Paris, pg. 27-28).

Além deste conjuncto de factos, os estudos praticados por Motz em 137 prostaticos, e segundo os quaes o observador é levado a concluir pela existencia de uma certa relação entre o volume da prostata hypertrophiada e o volume dos testiculos, constituem mais uma prova do que acima asseveramos.

Dos 137 prostaticos, 120 tinham os testiculos de volume igual ; os 17 que restavam, assim se distribuiam : em 9 havia relação intima entre o volume dos testiculos e o da prostata, de modo que, se um testiculo fosse maior, em volume, que o outro,— a prostata, no lobo correspondente áquelle testiculo, era mais hypertrophiada do que no outro lobo.

Nos 8 casos restantes, não existia tal relação.

Comquanto este facto não apresente constancia, não deve obstante ser tomado em consideração para demonstrar as relações de intimidade entre estes orgãos.

Motz, continuando as suas comparações nos 120 prostaticos restantes, chega a estabelecer ás seguintes conclusões, obtidas pelo exame minucioso entre prostatas e testiculos.

Nos individuos cujos testiculos forem pequenos, a proporção entre estes dois orgãos é a que se segue : 1 prostata grande para 7 pequenas.

Nos individuos cujos testiculos apresentam volume médio, esta proporção reduz-se a 1 prostata grande para 3 pequenas.

Nos casos de serem os testiculos grandes, a proporção é de de 2 prostatas grandes para 3 pequenas.

Nos casos de serem os testiculos muito grandes, a proporção é de 3 para 4.

Vê-se, portanto, desses 120 casos que, a influencia entre o apparelho testicular e a prostata não se limita só aos casos normaes ; existe tambem no estado pathologico e representa um papel importante na producção da hypertrophia da prostata. Vê-se mais que a frequencia das grandes hypertrophias eleva-se rapidamente de accôrdo com o volume do apparelho genital externo.

Esta concordancia não se limita só ao homem ; Motz notou que cães de grandes prostatas de 50 a 60 grammas, que o observador poderia suppor hypertrophiadas, apresentavam testiculos enormes.

Este conjuncto de factos, colhidos pela observação e pela experimentação, formam, pois, uma base solida ao cirurgião que pratica a orchidectomia dupla com o fito de curar a hypertrophia da prostata.

Na realidade muito se abusou do novo processo, na America do Norte, principalmente ; hoje, o enthusiasmo, depois de ter diminuido muito, tende a se fixar n'um justo meio, como bem se póde induzir do estudo do Professor Albarran.

O capitulo das indicações e contra-indicações do processo que, ao principio foi completamente descurado, merecer-nos-ha grande attenção, porquanto só baseado nellas é que o cirurgião póde applicar proficuamente tão util quão racional processo.

Capitulo II

ESTUDO EXPERIMENTAL

Na grande maioria dos animaes domesticos, machos, a prostata diminue consideravelmente depois da castração. Este facto foi observado por Launois tem sido confirmado por varios outros observadores. Entre elles podemos citar Kirby e White, que a praticaram em cães, sempre com aquelle resultado.

Segundo Pégurier, tal facto não se observa entretanto, na prostata do touro, em que, diz elle, o exame macroscopico não revela diminuição de volume e de consistencia. A isto convém ponderar desde logo, que o observador que faz este estudo pouco valor deve dar ao exame macroscopico— ; só o estudo histologico póde guial-o em sua apreciação, quanto ás modificações que a prostata soffre no seu intimo.

O caminho a seguir, portanto, é muito outro do que até agora tem sido trilhado pela maioria dos observadores.

De facto o exame microscopico nos animaes sempre, se revela concludente, em relação ao ponto de vista da atrophia.

Em animaes como o cão, o cavallo, etc., esta modificação é tão assignalada que o proprio exame macroscopico, feito pouco tempo depois da castração, deixa a perceber sensivel diminuição do volume da glandula, que se torna muito menor. Haja vista o caso de Legueu : em dois cães notou que um, dois mezes e meio depois da castração dupla, tinha a diminuição de um terço do volume, e o outro, cinco mezes após, apresentava dois terços para menos do volume primitivo.

Em outros animaes, como o touro, não se observa tão facilmente esta diminuição : o aspecto microscopico é, para esses,

quasi sempre negativo; porém o exame microscopico faz concluir pela atrophia, como havemos de vêr.

As experiencias de Bazy sobre os porcos demonstram lesões regressivas na prostata destes animaes

Motz e Albarran concluem que a atrophia sempre se manifesta nos animaes castrados seja qual fôr a idade delles. Esta atrophia estende-se não só á prostata, mas tambem ás glandulas de Cowper e ás vesiculas seminaes.

Vamos agora ver quaes os resultados obtidos no exame histologico da prostata de varios animaes castrados; são os seguintes.

Cão. Estudo da prostata antes e após á castração dupla.

Ambos os autores acima citados examinaram a prostata normal de cães novos e de cães velhos e depois a destes animaes, castrados. Os seus estudos são feitos em 6 cães. Nós transcrevemos o estudo por elles feito porque achamos que delle tudo se deve guardar pelo bom methodo e verdade das conclusões:

« A prostata do animal novo é constituida por uma trama de fibras conjunctivas e fibras musculares lisas, contendo relativamente pequena quantidade de tecido glandular. As glandulas são ramificadas e podem se apresentar sob dois aspectos geraes: para umas—grande numero de fundos de sacco glandulares, desprovidos de luz central cada fundo de sacco preenchido por pequenas cellulas epitheliaes—que não apresentam nos córtes, limites distinctos; para outras,—os fundos de sacco, mais raros e bem desenvolvidos e a luz central da cavidade glandular se acha marginada por cellulas cylindricas de protoplasma granuloso. A quantidade relativa do tecido glandular e do stroma, assim como a proporção entre os fundos de saccos cheios e os que apresentam luz central—, variam de animal a animal—; mas em qualquer delles é possivel achar-se um certo numero de fundos de sacco bem formados.

A prostata do animal adulto, apezar de ter uma estructura compacta, mostra um desenvolvimento consideravel da porção glandular. Nella, as glandulas são bem desenvolvidas, apresentando uma luz central e um epithelio formado por cellulas altas, cylindricas, entre e abaixo das glandulas. »

Mansell Moulin affirma que, no cão, existem alterações na prostata que se assemelham ás alterações da hypertrophia no homem. Albarran e Motz referem que nunca as viram; viram, porém, outras lesões, ás quaes os experimentadores devem attender: são as lesões inflammatorias da prostatite glandular com infiltração parvicellular em torno dos fundos de sacco glandulares.

Prostata do cão após a castração — Seja qual fôr a idade do cão a atrophia sempre se manifesta. Além do aspecto macroscopico que denota diminuição de volume do orgão, o exame microscopico mostra que a atrophia é já notavel entre um mez e meio a dous mezes após a castração. A atrophia progride com o tempo.

« Na prostata do cão adulto, tomada por termo de comparação, verifica-se que os fundos de sacco glandulares, em lugar de serem unidos uns aos outros, são, como na prostata do cão novo, separados por largos septos que dividem-n'a em uma série de glandulas agglomeradas e inteiramente independentes. O stroma é formado por um tecido conjunctivo bastante frouxo e por fibras musculares, menos abundantes talvez do que em estado normal, quando a castração data de mezes. As paredes dos vasos são espessadas, não existindo comtudo infiltração peri-vascular.

As origens dos canaes ejaculadores são permeaveis mas o epithelio destes canaes é constituido por cellulas degeneradas, sem contorno distincto.

As lesões da atrophia são sobretudo evidentes quando se estuda as glandulas prostaticas ; estas lesões são generalisadas á toda a prostata, sendo entretanto muitas vezes mais accentuadas em certas porções do orgão. Parece, pelo menos assim se observa na maioria dos casos, que a atrophia começa pelas glandulas mais centraes, situadas em torno do canal da urethra e que só mais tarde a porção peripherica da prostata soffre lesões atrophicas. A' primeira vista reconhece-se com facilidade as glandulas atrophiadas, pelo facto de ter desapparecido sua luz central.

Os fundos de sacco são substituidos por massas ephiteliaes, formadas por pequenas cellulas de aspecto embryonario, e na realidade existe uma desintegração degenerativa do epithelio que, antes de desapparecer, retoma morphologicamente o typo embryonario.

Nos periodos mais avançados destes processos vê-se que a glandula só é representada por *une traînée* epithelial apenas distincta.

E' assim que pouco a pouco desapparecem as cavidades glandulares, e que o stroma melhor conservado, parece mais abundante que nas prostatas normaes.»

Lesões analogas se observam nas prostatas do typo normal (animal moço). Neste caso é mais difficil bem apanhar as alterações atrophicas, porque, já no estado normal, a maioria dos fundos de sacco é preenchida por cellulas epitheliaes. Portanto, quando se estuda estas peças detalhadamente, para logo verifica-se não só o desapparecimento, mais ou menos completo, de certo numero

de fundos de sacco glandulares, como tambem as lesões degenerativas do epithelio, conforme assignalamos.

Prostata do cavallo — Os mesmos autores Albarran e Motz. nos seus estudos feitos n'um cavallo velho e n'um cavallo novo, ambos castrados, chegam ás seguintes conclusões:

« Ao microscopio vê-se que no cavallo adulto a prostata constitue-se por uma série de vesiculos glandulares, immersos n'um stroma fibro-muscular. As vesiculas glandulares são largamente abertas e apresentam em sua cavidade, examinadas em um córte, grande numero de franjas dendriticas, mais ou menos ramificadas; a superficie interna das vesiculas e das franjas, que separam suas cavidades, é atapetada por um epithelio cylindrico de altas cellulas. O stroma é constituido por tecido conjunctivo e fibras musculares lisas.

E' de notar que nos velhos cavallos inteiros, a prostata não apresenta modificações apreciaveis a olho nú, mas, com o auxilio do microscopio, nota-se um desenvolvimento relativo mais consideravel do tecido intersticial, em relação ao elemento glandular. Além disso, as glandulas prostaticas são, na velhice, muito dilatadas, e atapetadas d'um epithelio cylindrico baixo.»

Prostata depois da castração — O exame a olho nú da prostata dos cavallos castrados mostra evidentemente que existe uma atrophia consideravel deste orgão, variavel conforme os casos. A prostata não apresenta muitas vezes mais do que o terço ou a quarta parte do volume normal.

Pelo exame microscopico nota-se, no animal castrado antes, que a porção glandular da prostata nunca desapparece completamente, conforme se disse. Como no cão, observa-se ahi que a atrophia dirige-se sobretudo para o elemento glandular, o que faz parecer o stroma mais abundante.

Em certas glandulas prostaticas, os fundos de saccos glandulares se assemelham; suas cellulas tomam uma apparencia embryonaria e preenchem a cavidade central. Em outros grupos as lesões atrophicas terminam por desapparecerem as franjas dendriticas normaes das cavidades glandulares; os fundos de sacco parecem então mais largos, mais regulares e atapetados por cellulas epitheliaes de fórma cubica. Do lado do stroma observa-se uma diminuição notavel das fibras musculares lisas.

Em summa, no cavallo castrado, como no cão castrado, ha uma atrophia evidente da prostata, sobretudo notavel no elemento glandular, atrophia que é real e consideravel; mas as glandulas prostaticas não desapparecem completamente.»

O exame histologico das prostatas do touro e do boi, — apezar de nesses dois animaes a differença macroscopica não ser notavel, foi comtudo convincente, pois mostrou que ha atrophia na prostata do boi.

Tal é o resultado do estudo de Albarran e de Motz.

Estructura da prostata normal do touro — « Apezar do desenvolvimento consideravel dos testiculos, o touro tem uma prostata relativamente pequena, só contornando o collo da bexiga. Neste animal, o volume consideravel das vesiculas seminaes contrasta com a pequenez da prostata.

Pelo microscopio, a prostata do touro é constituida por um grande numero de glandulas ramificadas, muito approximadas umas das outras e separadas entre si pelo stroma fibro-muscular.

As glandulas apresentam fundos de sacco multiplos, atapetados d'um ephitelio cylindrico estratificado que limita, no centro, uma cavidade mais ou menos grande.

O stroma é constituido pelo tecido conjunctivo denso e por numerosas fibras musculares lisas. Estes elementos musculares são, no touro, mais abundantes do que nos outros animaes que estudamos.»

Prostata depois da castração — « Quando se examina o apparelho genital interno do boi, impressiona vêr que, entre as glandulas accessorias, as vesiculas seminaes são muito diminuidas de volume e *rotatinées* ao passo que a prostata parece ter o mesmo volume que no touro.

Ao microscopio a prostata do boi parece francamente atrophiada, tanto em sua porção glandular como em seu stroma. As glandulas prostaticas perderam sua luz central e não se acham representadas senão por ajuntamentos mais ou menos consideraveis de pequenas cellulas ephiteliaes degeneradas. O proprio stroma é muito modificado e soffre em seu conjuncto a transformação fibrosa : encontram-se, com effeito, no boi, muito menos fibras musculares e mais tecido conjunctivo do que no touro. »

Os citados experimentadores verificaram o mesmo facto em outros animaes, como no gato e no porco ; desses estudos só é licito concluir pela affirmação de que a atrophia da prostata do animal castrado é um facto real e que se patenteia com caracter constante, em qualquer idade,—mesmo nos animaes já em adiantada velhice.

A atrophia é mais notavel para o lado das glandulas prostaticas, como no cão — ; ella inicia-se nas glandulas mais approximadas do canal da urethra, e d'ahi se irradia pelas outras glandulas, que vão aos poucos desapparecendo, ficando porém um

certo numero de fundos de suas glandulas atrophiadas. O stroma tambem se altera ; suas modificações são, comtudo, mais tardias e variam muito de animal a animal. Em geral, o tecido conjunctivo torna-se mais denso e maior ou menor numero de fibras musculares desapparece, atrophiando-se. Disto resulta para a prostata diminuição de volume, que em certos animaes chega a ser notabilissima, como, por exemplo, no cão.

O mesmo processo que adoptamos á respeito dos animaes, com relação ás modificações que se verificam na prostata, depois de effectuada a castração dupla, seguiremos com relação ao homem, afim de podermos concluir pela verdade dos factos

Capitulo III

ESTUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

As autopsias de individuos que se sujeitaram á orchidectomia dupla para cura de hypertrophia da prostata são poucas e, infelizmente, não vieram esclarecer os factos tanto quanto era de esperar. São as seguintes :

1.ª a autopsia feita por White em um seu doente (*Annals of Surgery* — 1895) ;

2.ª a effectuada por Joseph Griffiths (*British Med. Jour.* 1895) ;

3.ª a realizada por Kelsey (*Med. Rec.* 1896) ;

4.ª a autopsia que fez Bryson (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1896, pag. 474) ;

5.ª a de Mansell Moulin (*The Lancet* 1896, pag. 249) ;

6.ª a de Watson (*Med. and Surg. Journal* 1895, pag. 378);

7.ª a de Socin (Ueber die Bedentung der Kastration für die Behandlung der Prostate hypertrophie – Correspondenz – Blatt. für Lchweizer derzte 1896, n. 17) ;

8.ª a de Davies Colley ;

9.ª a de Cabot.

O estudo da prostata nestes nove casos não nos permitte concluir pela atrophia. O exame histologico é negativo.

1.º O primeiro caso (orchidectomia dupla, morte em coma no 2º dia) compelie-nos a concluir, com Albarran e Motz, que White não estudou bem a prostata hypertrophiada e tão pouco a prostata normal dos cães.

Reza assim o exame microscopico de White : « Pelo exame microscopico foram encontradas mudanças de estructura, que precedem a atrophia da glandula. O stroma da glandula mostrava um começo de proliferação de cellulas conjunctivas ; mas eram sobretudo as fibras lisas que apresentavam uma proliferação accentuada. Os acini comprehendidos por cellulas epitheliaes, em estado de proliferação. Em alguns pontos estas cellulas continham finas granulações, que não davam a reacção caracteristica da degeneração gordurosa. Havia pois, diz o autor, um começo de atrophia. »

E' exacto que Motz (*) achou, em certas prostatas hypertrophiadas, placas de infiltração embryonaria, devidas a uma inflammação aguda n'uma prostatite. Pelo exame de prostatas hypertrophiadas nota-se tal numero de nucleos pertencentes ás fibras conjunctivas e musculares lisas que, por engano, podem ser tomadas como elementos provenientes da proliferação destas fibras, conjunctivas e musculares.

Demais quem analysar este exame histologico, verá que White não podia affirmar que houvesse inicio de atrophia.

Quaes eram os signaes typicos della ?

Elle diz na sua descripção que « os acini estavam cheios de cellulas epitheliaes em estado de proliferação. » Isto comtudo nada prova, porquanto a observação nos diz que é facto, nas prostatas hypertrophiadas, encontrar-se tal aspecto.

Por isto tudo só podemos concluir negando a atrophia no caso vertente.

2.° Passemos ao caso de Joseph Griffiths (operado de orchidectomia dupla, fallecido 18 dias depois).

Exame microscopico : « A prostata que ainda tinha notavel volume, era um pouco mais firme que uma prostata hypertrophiada. Em sua espessura havia pequenos kystos contendo sangue extravasado. Sua largura era de centimetro e meio. Em certos pontos havia algumas pequenas glandulas dilatadas e em outros a substancia glandular era sulcada de tractus amarellados que, assim como se verá adiante, eram tubos glandulares cheios de cellulas epitheliaes tendo soffrido degeneração gordurosa. Os tubos glandulares, na parte da glandula sulcada de linhas amarellas, estavam diminuidos de volume e de numero e o tecido conjunctivo intersticial era relativamente mais abundante.

As modificações acabadas de descrever são : 1.°, proliferação das cellulas de revestimento que atapetam os tubos glandulares ;

(*) Structure histologique de l'hypertrophie de la prostate, 1896. Thèse de Paris.

2.°, degeneração gordurosa aguda das cellulas accumuladas na abertura dos tubos com sua desintegração e posteriormente seu desapparecimento ; 3.°, a diminuição de volume dos tubos, depois da transformação de suas cellulas de revestimento, ordinariamente altas e delgadas e que se transformam em cubicas e quasi pavimentosas, notando-se, no stroma, a proliferação do tecido conjunctivo e das fibras lisas.

Parece que, em certos pontos onde havia neoformação, as cellulas do tecido conjunctivo tinham desapparecido ou transformaram-se em stroma fibroso, no qual não ha fibras musculares. Nos pontos do stroma, que soffreram estas transformações, as cellulas da nova formação rapidamente degeneraram e se encheram de finas granulações gordurosas.

Si se compara a estructura d'esta prostata hypertrophiada, desoito dias depois da castração bilateral, com a de um doente cujos testiculos não foram retirados ou destruidos pela doença, vê-se que os tubos glandulares e o tecido conjunctivo interlobular, assim como as fibras musculares lisas, vieram a soffrer modificações bem nitidas em sua estructura.

Assim é que, nos tubos, as cellulas epithelias soffreram : 1.°) uma proliferação com formação de cellulas novas ; 2.°) uma degenerescencia assás notavel; 3.°) uma desintegração, seguida da desapparição completa d'ellas.

De tal modo é que os tubos, na maior parte dos casos, tem diminuido consideravelmente de volume.

Na substancia conjunctiva interlobular tambem verificam-se mudanças analogas : proliferação das cellulas do tecido conjunctivo, degeneração gordurosa das cellulas novas, desintegração d'ellas e por fim seu desapparecimento. As mesmas modificações para as fibras musculares lizas. »

Da simples leitura d'esta observação conclue-se que não houve atrophia.

3.° Entremos agora na observação Kelsey, a qual de tal modo é comprobatoria da ausencia da atrophia que por isso mesmo deixaremos sem commentarios, conservando-a intacta, como uma boa observação que é.

De facto transcrevemol-a na integra: «Um doente de 69 annos, entrou em Post Stratuas Hospital, soffrendo muito de uma cystite, devida á hypertrophia da prostata; estava na impossibilide de urinar ha 2 ou 3 mezes, e se fazia sondar por sua mulher todas as 4 ou 5 horas, durante esse periodo.

Alem de uma prostata muito augmentada de volume, tinha uma hernia inguinal direita e uma hydrocele sequerda. A urina

era albuminosa. A operação da hernia foi feita pelo processo Bassini, sendo que n'esta occasião foram retirados os dois testiculos.

No fim de tres semanas, durante as quaes cuidadosamente sondou-se o doente e se fez a lavagem da bexiga, havia pouca melhora nos symptomas, ou antes, não havia melhora alguma.

Uma incisão perineal foi feita para drenar a bexiga.

Duas semanas e meia mais tarde (ou cinco semanas e meia após a castração), o paciente morreu de uma nephrite chronica.

Tanto quanto possivel é julgar, sua morte não foi activada pela intervenção operatoria.

Exame da prostata (6 horas depois da morte) :

Peso — 45 grammas.

Diam. ant. e post. — 1 pollegada e 3/4.

» transv. — 2 pollegadas 1/2.

Altura — 1 pollegada.

Aspecto macroscopico — Côr vermelha escura. Consistencia firme — friabilidade moderada. A superficie de secção era malhada e de um vermelho escuro carregado; numerosas linhas delicadas, argenteas, d'um branco pardacento e de um cinzento avermelhado, unidas, para constituir trabeculas mais ou menos densas e mais ou menos espessas, contornam pequenos nodulos proeminentes, irregularmente limitados, de côr branca amarellada, e consistencia firme. Estes pequenos nodulos tinham dimensões variando entre as d'um grão de milho e as d'um grão de ervilha.

Exame microscopico — Na preparação dissociada do orgão fresco, os elementos compondo o stroma, musculos lisos, tecido fibroso e elastico, pareciam bem conservados e em proporção normal ; as cellulas separadas eram symetricas ; os nucleos muito nitidos, bem limitados e claramente visiveis. Protoplasma claro e finamente granuloso ; algumas raras cellulas cheias de pequenas granulações gordurosas ; algumas gottas adiposas fluctuando, no liquido que servia para montar a preparação (solução physiologica), em torno dos fragmentos do tecido. Havia muitas fibras musculares não estriadas. Não existiam alterações nitidas das cellulas epitheliaes, na maioria dos canaes glandulares. N'estes canaes, a mór parte dellas tinha nucleos distinctos, muito claros, quasi homogeneos ; o protoplasma só apresentava muito poucas granulações. Algumas cellulas eram em parte desagregadas, ligeiramente pigmentadas e cheias de finas granulações adiposas, formando, em espaços largos, manchas oleosas. Estas cellulas eram notaveis pela sua raridade. Nas secções não coloridas do tecido congelado, via-se o stroma composto de fibras musculares lisas, bem conser-

vadas, dispostas de um modo tortuoso, e de fibras conjunctivas mais ou menos approximadas. Estas ultimas eram em excesso. O stroma era, em summa, mais abundante do que o tecido glandular, comquanto não fosse mais abundante do que é, o mais das vezes em estado normal, principalmente nos lobos lateraes Uma pesquiza attenta permittio descobrir, de tempos a tempos, algumas cellulas isoladas, encerrando finas granulações adiposas e incrustadas nos elementos musculares, normaes á primeira vista. Apezar da presença destas granulações, os nucleos e os contornos das cellulas eram perfeitamente nitidos. Algumas granulações adiposas,estavam espalhadas livremente no meio das fibras conjunctivas. E' possivel, todavia, e mesmo provavel, que estas ultimas granulações se hajam formado artificialmente durante as secções em córtes e o amoldamento das peças.

As cellulas do epithelio, muitas vezes em dupla camada, que atopetavam os canaes glandulares, affiguravam-se com relações normaes umas com as outras ; contornos uniformes, nucleos distinctos, protoplasma claro e finalmente granuloso.

Pouca ou nenhuma gordura na estructura glandular e as vesiculas adiposas formavam pequenas gottas confinando com a luz do canal. Por vezes a luz n'um canal, cujo epithelio são repousava sobre uma membrana basal, era, em parte ou totalmente, obstruida por uma substancia amorpha ou finamente granulosa, encerrando cellulas, em parte desagregadas, e gottas gordurosas ; mas em maior numero, os canaes tinham uma luz livre, ou apresentavam simplesmente alguns fragmentos granulosos ou depositos de outra natureza.

Em summa, as mudanças observadas no tecido fresco não eram sufficientemente accentuadas para que se podesse affirmar que um processo atrophico se estabelecera, fosse em que grão fosse.

O estudo dos córtes congelados, depois endurecidos na formalina e no alcool e coloridos em seguida com a hematoxilina de Bœhmer e pelo carmim, revelavam ainda menos a degeneração atrophica. Salvo no concernente ás granulações gordurosas, a descripção supra dos tecidos frescos é aqui applicavel. As partes melhor coloridas eram invariavelmente as cellulas epitheliaes que atopetavam os tubos glandulares, isto é, as porções onde não era de suppor que hovessem degenerações. Ora, a unica mudança que se tinha notado consistia n'um ligeiro augmento do tecido conjunctivo em relação ao tecido muscular.

Esta alteração parecia limitada a certas areolas. Em outras areolas o tecido glandular era em excesso ; os diversos lobulos,

quasi adhesos. Em certos logares os septos eram quasi exclusivamente compostos de tecido muscular. Achou-se um pequeno numero de grãos amylaceos.»

Este estudo na prostata de um individuo castrado foi feito 38 dias após a operação.

Apezar de não ser a primeira em data, a observação que precede é comtudo a de maior valor, e por isso não hesitamos em inseril-a neste trabalho.

D'ella se conclue evidentemente que ainda não se havia notado atrophia do orgão.

4.º Na observação de Bryson, que é muito incompleta, o doente morreu 14 mezes depois ; o exame histologico não demonstrou a atrophia do orgão.

«O volume da prostata não foi reduzido pela dupla orchidectomia. O aspecto macroscopico, assim como o exame histologico, fazem concluir que não houve transformações degenerativas.»

5.º No caso Mansell Moulin — o doente, que havia sido castrado, morreu de insufficiencia cardiaca no 9º dia. « Pela autopsia, o aspecto particular da membrana mucosa que cobria a superficie vesical da tumefacção de uma mama saliente, era sufficiente para demonstrar que tinha havido diminuição do volume da prostata ; mas quando o tecido da glandula foi examinado ao microscopico não se encontrou atrophia.»

A critica a fazer neste caso está na insufficiencia do tempo em que foi observado ; por muito breve (9 dias depois de castrado), o tempo não permittio que se tirassem conclusões sérias á respeito desse caso.

6.º Passemos á observação de Watson, que não tem exame histologico e além disso não nos interessa grandemente, pois o doente 9 dias depois da castração morreu, não autorisando assim o concluir-se pela atrophia.

Eil-a :

«Doente 70 annos. Entra com retenção de urina, obstrucção urinaria ha varios annos; castração dupla ; morte no 9º dia, com symptomas de uremia.

Autopsia — A autopsia mostrou um grande desenvolvimento dos lobos lateraes da prostata e um pequeno lobo médio. A hypertrophia era constituida por tumores fibro-adenomatosos, cada lobo contendo, no interior de uma capsula muito espessada, grande tumefacção.

Pelo que foi possivel julgar, não existia atrophia da prostata. As vesiculas seminaes não continhão spermatozoides. A bexiga

estava atacada de cystite chronica. Havia ureterite e pyelo-nephrite ascendente, com dilatação.»

7.° No caso relatado na observação de Socin, — tratava-se de um prostatico que tinha a prostata do tamanho de uma pêra e cujo lobo direito era mais volumoso que o lobo esquerdo.

O doente soffreu a orchidectomia dupla ; morreu 7 mezes depois, notando-se que o lobo médio fazia saliencia na bexiga, sendo do tamanho de uma avelã ; os lobos lateraes tinham o tamanho de uma noz.

Na opinião expressa por elle, vê-se que a prostatectomia teria dado optimos resultados neste caso.

8.° No caso de Davies Colley, citado por Socin, o doente prostatico, de 70 annos de idade, morreu 8 mezes depois da operação.

9.° Fina mente o caso de Cabot é d'um velho de 70; annos, 5 mezes depois de operado a prostata era do tamanho de um ovo de gallinha, e o lobo médiodo volume de um ovo pequeno, que se dirigia para cima e para traz.

Estas tres ultimas observações peccam pelo facto de serem incompletas. O facto da prostata não ter diminuido de volume não nos permitte concluir cousa alguma sobre a atrophia ;—falta-nos, para bem aprecial-a, o exame histologico de que os seus autores prescindiram.

Recapitulando vemos que, para o estudo anatomo-pathologico da prostata hypertrophiada de um individuo que soffreu a orchidectomia, registra a sciencia 9 autopsias, das quaes só uma é concludente, em demonstrar que não houve atrophia : é a de Kelsey.

Nas outras ou os seus autores andaram ás cégas, quanto ao exame microscopico, como no caso de White e no de Griffiths, concluindo pela atrophia.

No caso de Mansell Moulin o tempo foi demasiado curto para delle se tirar uma conclusão exacta ; o mesmo se diga do caso de Watson, e que é ainda mais imperfeito, pois não cita siquer exame histologico.

Os casos de Socin, de D. Colley e o de Cabot, não nos adiantam nada a respeito do exame histologico das prostatas.

Resta-nos, portanto, o unico caso de Kelsey, pelo qual ficou bem patente que não houve atrophia.

Além de todas estas autopsias temos ainda a feita por G. Rouville (Bullet. Societé Anatomique, Janvier-1897). Trata-se de um velho prostatico com retenção chronica quasi completa, cuja prostata era dura e fibrosa.

O doente morreu 35 dias após a castração dupla e a autopsia não revelou phenomeno de regressão para o lado da prostata.

O que concluir, portanto, de taes factos ?

Unica e simplesmente que o numero de autopsias é insignificantissimo—e que com tal quantitativo não é possivel tirar-se conclusões terminantes, pois como vimos, das 9 autopsias só uma apresentava verdadeiro valor scientifico.

E' este, sem duvida, um capitulo a fazer, no estudo da orchidectomia, como tratamento da hypertrophia prostatica.

Capitulo IV

ESTUDO CLINICO

A orientação do cirurgião na escolha d'este ou d'aquelle processo operatorio baseia-se no estudo clinico ; as conclusões d'este emanada são os unicos dados com que o pratico deve contar.

O estudo clinico, no tratamento da hypertrophia da prostata pela orchidectomia dupla, deve reunir certo numero de dados, afim de que se possa com segurança propender para este processo.

As primeiras observações, que aliás foram muitas, peccavam pela base ; parecia que os observadores só viam que a prostata diminuia de volume e que o doente de per si emittia a urina.

O estudo clinico, porém, deve ser mais accurado para que d'elle derivem consequencias verdadeiras. Deve-se baseiar, não só sobre a diminuição de volume da prostata, e cura das alterações da micção, mas tambem sobre o exame da contractibilidade vesical e sobre os resultados da intervenção nos individuos infeccionados.

Vê-se d'ahi que o methodo a seguir nas observações cumpre que seja muito diverso do anteriormente usado. Não podemos comtudo negar o valor das primeiras observações que, apezar de incompletas, não deixavam de ser concludentes, porquanto o resultado final foi, na grande maioria dos casos, a cura ou a melhora dos doentes, a que elles se referem.

Não queremos de modo algum ser exclusivista : houve muitos casos em que a orchidectomia dupla não deu o menor resultado ; todavia este resultado negativo não faz concluir pela condemnação de tal methodo.

Manda a verdade que se diga que, apezar dos não poucos insuccessos, em todo o caso, a maioria das observações dá o resultado seguinte:

1.° diminuição de volume da prostata.

2.° cura ou melhora das alterações da micção.

Não obstante reconhecermos isto, parece-nos, como o dissemos á principio, que o observador não deve concentrar, exclusiva e unicamente, a sua attenção sobre aquelles dois resultados; pelo contrario, deve attender, como bem o indicou Albarran no Congresso de Cirurgia de 1895, aos effeitos da orchidectomia dupla em relação a prostata e principalmente em relação a bexiga.

O estudo deve abranger casos de doentes, nos diversos periodos da molestia, assim, pois, cumpre ser feito; 1.° sobre prostaticos com dysuria sem retenção; 2.° sobre casos de retenção aguda; 3° sobre os de retenção chronica incompleta; e, finalmente, 4° sobre os de retenção chronica.

E' facto inconcusso que a orchidectomia dupla, na maioria dos casos, diminue o volume da prostata, o que nem os proprios adversarios deste processo negam. Esta diminuição percebe-se pelo toque rectal e pelo catheterismo explorador, antes e depois da ablação dos testiculos.

O tempo em que se notam os effeitos da orchidectomia dupla é muito variavel, conforme os periodos da molestia.

Dos 17 casos de *dysuria sem retenção* colligidos por Motz e Albarran, n'um delles, 10 dias depois de praticada a operação, a diminuição de volume era notavel; no 2° dia já o catheterismo tornara-se mais facil. Nos outros casos restantes a diminuição só se observou semanas depois.

A diminuição do volume é notavel, em alguns casos de *retenção aguda*, dias depois; comtudo, em geral ella só se observa algumas semanas mais tarde. O caso de Gavin póde ser typico: 8 horas depois da castração a diminuição da prostata era já apreciavel. No de Ramm, o volume trez dias depois diminuio.

O estudo de Albarran e Motz baseia-se em 20 observações.

Nos casos de *retenção incompleta*, segundo estes autores, a diminuição é assignalada semanas ou mezes depois. Dos 41 casos porém, que citam, destacam-se trez, em que a diminuição verificou-se poucos dias depois.

Das nossas observações ver-se-ha que, no caso operado pelo Dr. Alvaro Ramos, a prostata apresentava-se diminuida dois dias depois.

No caso do Dr. Oscar Bulhões só 11 dias depois é que se notou a reducção do volume.

Nos casos de *retenção chronica completa* a acção regressiva sobre a prostata não é immediata ; dá-se mezes depois, se bem que, d'entre os 47 casos de Albarran e Motz, 3 apresentassem menor volume, passados dias.

Na observação do Dr. Augusto Hygino a diminuição torna-se notavel ao cabo de 15 dias.

Na estatistica de Albarran, tres casos foram negativos.

De tudo isto se póde concluir que a orchidectomia dupla determina immediatamente variações para menos no volnme da prostata, sobretudo nos casos de dysuria e de retenção aguda. Nos de retenção chronica completa ou incompleta, os seus effeitos são mais tardios ; chegando ás vezes á só poderem ser observados depois de um espaço de tempo muito longo, mezes e annos e até mesmo falhando algumas vezes.

Para que o observador possa apreciar devidamente os resultados da intervenção n'um doente de retenção chronica, é preciso acompanhal-o durante longo tempo, afim de constatar se a atrophia da glandula se deu.

A diminuição de volume nos casos de desuria e nos de retenção aguda, mostra-se quasi que immediatamente ou logo em seguida a orchidectomia dupla, o que é explicavel, si attendermos que nelles a congestão do orgão é um dos elementos que muito contribue para o augmento do volume da prostata, succedendo que esta chega ás vezes a augmentar a glandula de um terço de seu volume primitivo. Em taes casos a orchidectomia vai produzir immediatamente a descongestão do orgão, que ao exame parece diminuido de volume. Desta descongestão resulta a rapida diminuição de volume logo nos primeiros dias, findos os quaes o processo atrophico progride lentamente.

Em taes circumstancias a difficuldade ou a impossibilidade da micção corre mais por conta do embaraço mecanico offerecido pela prostata congesta do que pela hypertrophia.

Desde que se suprima esta congestão, sobrevem (e assim se explica), o desapparecimento quasi immediato dos phenomenos que perturbavam a micção.

Após a orchidectomia dupla a prostata se atrophiará ? Para respondermos a esta questão precisamos mostrar quaes as tres theorias que pretendem explicar as perturbações da micção na hypertrophia prostatica.

1.º A hypertrophia é originada pelo arterio-sclórose generalisada ás vias urinarias como aos outros orgãos (theoria de Launois e de Guyon).

2.ª A hypertrophia é determinada pelas congestões chronicas

do apparelho urinario nos individuos attacados de arterio-sclorose (theoria de Motz).

3.ª Finalmente a hypertrophia verdadeira é devida ao desenvolvimento physiologico da glandula no velho (theoria de Albarran).

Nos casos em que a hypertrophia prostatica é explicada como devida á arterio-sclorose, escapa á nossa comprehensão a acção atrophiante da orchidectomia dupla.

Dos estudos feitos em animaes bem se vio que a atrophia posterior á castracão dupla se nota no elemento glandular.

Vimos nas experiencias que as castrações duplas em cães adultos davam uma atrophia da glandula que se apresentava com o o aspecto semelhante ao da prostata de um animal moço.

Cremos perfeitamente que a castração só produz effeito na hypertrophia devido ao desenvolvimento do tecido glandular.

Motz demonstrou que a proporção das hypertrophias prostaticas devidas a este desenvolvimento é igual a dois terços dos casos por elle estudados.

De igual modo concluem Casper e Griffiths.

Ora, si a castração dupla, nos cães e outros animaes, determina alterações atrophicas da prostata, que a reduzem a um estado rudimentar, essas só se podem explicar, no homem, admittindo que as glandulas, extremamente desenvolvidas, regressem a um estado rudimentar por influencia d'ella.

A influencia das congestões da bexiga e da prostata é uma das causas das diversas perturbações apresentadas pelos prostaticos. Antes já dissemos qual a sua influencia na producção dos phenomenos da dysuria e da retenção, quando explicamos os seus effeitos logo em seguida a orchidectomia dupla.

Parece-nos que o modo de vêr de Motz e de Albarran ligando o apparecimento destes phenomenos congestivos ao desenvolvimento excessivo da glandula, é o unico que nos póde explicar a acção atrophiante da orchidectomia dupla em taes casos.

Conseguintemente temos que : os phenomenos que dominam na hytertrophia da prostata são a congestão e o desenvolvimento exagerado das glandulas que a compoem. Si a uma bexiga, já fraca por causa de muitas congestões, accrescentarmos ainda um obstaculo para o lado da prostata, como por exemplo, a glandula muito desenvolvida, observaremos que a sua fraqueza se tornará maior e portanto a evacuação mais difficil.

Para outro ponto a nossa attenção dirige-se agora, depois do que ficou dito a respeito dos effeitos da orchidectomia sobre a prostata. Interessa-nos conhecer quaes os seus effeitos sobre a bexiga, que em geral, nos individuos apresentando retenção

chronica imcompleta, ou completa, perde a sua força contractil, pela distenção que normalmente soffre pela urina accumulada. Quaes sejam os effeitos dynamogenicos da orchidectomia sobre as paredes vesicaes, é o que agora vamos ver.

Este estudo será feito da mesma forma que o antecedente isto é, em relação aos periodos em que a molestia se apresenta. Só assim se poderá aquilatar e comprehender a sua importancia que é muito superior a da diminuição de volume da prostata de que os primeiros observadores tanto fallaram.

Albarran e Motz, de um conjuncto de 14 observações, concluem que nos casos de dysuria sem retenção de urina, a descongestão da bexiga diminue o numero das micções. Os doentes neste periodo não apresentam, em geral, diminuição da contractibilidade vesical Nelles conjuctamente pode haver cystite.

A orchidectomia dupla neste caso, produzindo a descongestão da prostata e da bexiga, determina o desapparecimento da dysuria provocada pela congestão d'este orgão. Ora, si a congestão desapparece, claro está que sendo ella uma das cousas predisponentes para a infecção, a cystite por ella motivada e entretida desapparecerá.

Nos prostaticos com retenção aguda os resultados são muito satisfactorios, e d'este periudo não são citados casos em que reappareçam os phenomenos que determinam a retenção. O effeito da orchidectomia dupla neste periodo, limita-se a descongestão da prostata e da bexiga.

As retenções agudas são devidas a uma congestão destes dois orgãos ; desapparecida esta, a retenção aguda, desapparecerá logo após a intervenção cirurgica. Ora, si nos lembrarmos de que o facto de que a congestão da prostata póde causar um augmento de volume deste orgão, de modo tal que ella chega a apresentar um terço maior, comprehenderemos a causa das retenções agudas.

Podendo as congestões, além disso, serem muito frequentes, dahi se comprehende a repetição das retenções agudas.

Subtrahida portanto esta causa, por intermedio da orchidectomia dupla, desapparecerá a retenção aguda, bem como as que se lhe possam seguir. A contractilidade vesical, nestes casos não é em geral compromettida; a evacuação da bexiga, depois do desapparecimento da causa que a embaraçava, torna-se facil, persistindo as vezes uma certa quantidade de urina residual na mesma cavidade.

A urina residual, diminuindo ou desapparecendo, a cystite

causada pela sua presença e tambem, como vimos, pela congestão, desapparecerá forçosamente. (*)

Passemos a apreciação do resultado para o lado da bexiga dos prostaticos com *retenção chronica incompleta*. Os effeitos são notaveis, quer em relação á contractilidade vesical, quer quanto á diminuição da urina residual ; comtudo não são tão rapidos como nos outros periodos. A grande difficuldade nestes casos está em colligir os resultados que quasi sempre são tardios, cumprindo para isso seguir, por longo tempo, o doente afim de obter-se o resultado definitivo da intervenção. Si se attender aos seguintes factos citados pelas observações que veem transcriptas por Albarran e Motz, reconhecer-se-ha a verdade desta nossa affirmação.

« Na observação de White vemos um doente, com 180 grammas residuaes e cystite, considerado como curado 6 mezes depois da operação.— Hunt refere o caso de um doente que tinha retenção incompleta já ha dois annos e que melhorou rapidamente e sahio afinal curado 18 mezes depois da orchidectomia dupla.

Sinitzine nos diz que o seu primeiro operado soffria de retenção incompleta ; melhorou alguns mezes depois da operação e não apresentava perturbação alguma da micção *oito annos depois*.

No caso de Routier trata-se de um doente que só podia urinar gotta a gotta ; nove mezes depois de operado a prostata conservava-se grande, mas as urinas eram claras e o doente não se sondava mais.

Entre as tres observações de Albarran, a primeira é de um doente com pequena retenção chronica de 80 a 100 grams, e atormentado por um corrimento urethral continuo de origem prostatica ; *seis mezes depois* da orchidectomia a bexiga se esvasiava completamente, a prostata estava muito atrophiada, o corrimento desapparecera ; e a cura se mantinha perfeita *desoito mezes depois* d'aquella operação. O nosso terceiro doente tinha uma retenção chronica datando de quatro annos e attingindo a 200 grammas ; a melhora começou no primeiro mez ; em seguida foi menos notavel ; e actualmente, *sete mezes depois* da operação, posto que tivessem desapparecido as dôres, o doente só se sondava duas vezes, em vez de quatro, nas 24 horas ; o residuo era de novo de 200 grammas. »

Outro facto que todos autores citam em suas observações, como dizem Albarran e Motz, é o da desapparição da cystite e da diminuição das micções frequentes.

(*) A estatistica de Motz e Albarran, nos casos de retenção aguda, dá em 20 operados, 3 mortes e 17 curados.

Como explicar os effeitos da orchidectomia dupla, nos casos de retenção chronica incompleta?

Para os da dysuria e de retenção aguda vimos já que o papel principal era representado pela congestão da prostata e da bexiga o que fazia desapparecer a facilidade das micções e tornava-as cada vez mais difficeis até o ponto de apparecer a retenção aguda. Este mechanismo da causa productora de dysuria e de retenção aguda é naturalissimo, mas nos é impossivel tornar dependente d'elle a retenção chronica incompleta ou completa. Em tal caso o que se nota é a perda da contractilidade da bexiga. A orchidectomia dupla não vae produzir o seu benefico influxo pela descongestão da prostata e da bexiga; o effeito dessa operação é para certos autores puramente dynamogenico. Neste periodo a bexiga nos doentes acha-se forçada pela chronicidade da retenção. O effeito da orchidectomia dupla é o de ir despertar a contractilidade da bexiga que estava paralysada pela retenção chronica.

Motz e Albarran, estudando n'um doente de retenção chronica incompleta a contractilidade da bexiga, por meio de um manometro—observaram o seguinte:

Antes da orchidectomia sómente 300 grammas de liquido despertavam a contractilidade deste orgão; isto se demonstrava por meio de uma contracção brusca que logo desapparecia; tres mezes depois da orchidectomia dupla, 180 grammas de liquido eram sufficientes para despertar a contractilidade vesical, que augmentava á medida que maior quantidade de liquido se introduzia no interior da bexiga.

A diminuição do volume da prostata, devida ou á descongestão ou á atrophia da mesma, não explica como vimos, estes factos; casos ha em que não sendo observada aquella diminuição, no emtanto a micção reapparece. Como explical-os?

Invocam para isso Albarran e Motz a acção *dynamogenica* da orchidectomia dupla — e concluem dizendo: « *tout ne doit pas être mis sur le compte de la sclérose et peut-être faut-il admettre que jusqu'à un certain point, la puissance contractile de la vessie peut-être inhibée chez les prostatiques et que l'opération peut avoir pour effet de la dynamogénie.*»

Como se póde muito bem inferir d'ahi, este modo de pensar é devido á experiencia que acima transcrevemos.

Muito embora os illustres autores d'um estudo tão completo sobre este assumpto, fundassem aquella conclusão no estudo de um só caso, comtudo ella está tão de accordo com os factos observados na practica que forçoso é admittil-a. Nós o faremos, porém só em relação ao facto da contractilidade vesical restabelecida.

Quanto á causa dynamogenica, acceitamol-a como meio para explicar esta contractilidade, mas com reserva e sempre dependente de ulterior estudo mais completo sobre a questão. A experiencia de Albarran abala-nos, mas ao mesmo tempo deixa-nos em duvida pelo facto de ser uma só. Si com muitas provas ha tantos erros, como poderemos com uma só experiencia admittir em absoluto tal conclnsão?

A estatistica de Albarran e Motz, conta 37 doentes; 4 sem diminuição de urina residual, 14 melhoras e 19 curas.

O estudo clinico nos prostaticos em periodo de *retenção chronica completa* mostra os effeitos sobre a contractilidade da bexiga sobre o residuo vesical; aquella só muito tempo depois se restabelece, e este tambem muito posteriormente vem a desapparecer. Comtudo, as vezes as perturbações para o lado da micção crescem em poucos dias. Albarran tratando de um individuo que tinha retenção completa ha 6 mezes, observou que, 5 horas após a operação, elle já urinava 30 grammas, e ao cabo de um mez, esvasiava completamente a bexiga.

A par deste resultado podemos citar um caso do mesmo autor, e que aliás é um dos mais communmente observados.

Um doente com retenção completa, datando de dois mezes, foi operado; durante os dois mezes que seguiram a intervenção não teve melhora alguma; passados estes a micção se restabeleceu pouco a pouco e vinte mezes depois o doente só tinha um residuo equivalente a 70 grammas.

Neste periodo, portanto, só se podem tirar boas conclusões, como dissemos ao começo, examinando-se os operados muito tempo depois da intervenção.

Quanto aos effeitos da orchidectomia dupla, nos individuos que soffrem de uma retenção completa, a experiencia mostra que absolutamente não dependem da idade da mesma retenção.

Rosusring, n'um doente de *11 annos* de retenção incompleta, *dois mezes* depois da orchidectomia, notou que a urina residual igualava a 30 grammas. Lewings, n'um doente de *18 annos* de retenção, vio que a micção expontanea se restaurara 36 horas depois. Resultados como estes são excepcionaes; neste periodo elles são tardios em geral.

Para explicar phenomenos como os da volta da contractilidade vesical, o raciocinio é o mesmo já feito quando tratamos dos effeitos da orchidectomia dupla na bexiga dos prostaticos com retenção chronica incompleta.

Os estudos de Albarran e Motz baseiam-se em 49 observações: 10 mortes, 5 insuccessos, 14 melhoras e 20 curas.

Portanto vê-se que o estudo clinico confirma plenamente os resultados obtidos no estudo experimental : após a orchidectomia dupla os factos observados são, desapparecimento da frequencia das micções, o esvasiamento total ou parcial da bexiga e a recuperação da contractilidade vesical. Taes phenomenos são observaveis em qualquer periodo da molestia, n'um espaço de tempo maior ou menor, variavel de individuo a individuo.

Com estes factos, reunidos aos já colhidos pela experimentação, pelo exame clinico e pela anatomia pathologica, vamos no seguinte capitulo iniciar a parte mais desprezada neste estudo pelos primeiros observadores, isto é a que se refere ás indicações e contra-indicações, cuja importancia não precisamos encarecer.

Capitulo V

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

O estudo das indicações e das contraindicações, objecto do presente capitulo, é, por sem duvida, um dos pontos desta materia que o cirurgião melhor deve conhecer. A ignorancia de tão importante assumpto tem sido causa de grande cópia de insuccessos referidos por varios autores.

Não devemos occultar, antes de tudo, que a orchidectomia dupla acarreta, muitas vezes, graves perturbações para os doentes, podendo mesmo sobrevir-lhe a morte.

Houve e ainda persiste uma certa repugnancia, da parte dos cirurgiões, pelo emprego desta intervenção, repugnancia, que, ao nosso ver, de nenhum modo se justifica :— o exito da orchidectomia dupla está e depende da opportunidade e bom emprego da mesma.

Previnindo, declaramos desde já que, a consideração de que raro é o individuo que se abnegue ao ponto de sujeitar-se á perda de ambos os testiculos, é de ordem puramente sentimental. Não ha duvida que, na pratica, isto constitue um dos maiores obstaculos oppostos pelo doente ao tratamento que estudamos ; mas por si só não é bastante para condemnar intervenção tão proficua em certos e determinados casos.

Segundo Carlier, a mortalidade consecutiva á orchidectomia dupla é igual á 19 %; Albarran e Motz em 124 casos, acharam que ella se elevava apenas a 14,50 %.

Uma contraindicação formal desta intervenção é para o caso de prostaticos, no periodo da retenção chronica, cuja edade é

muito avançada. Como vimos pelo estudo anteriormente feito a atrophia da prostata só se verifica muito tempo depois da operação. Facil é pois de comprehender a razão desta contraindicação. Dada a edade avançada do prostatico, já no fim da vida, póde acaso o cirurgião praticar com segurança um methodo cujos effeitos se demonstram muito posteriormente á intervenção? Demais tal intervenção poderia ser usada quando a preoccupação urgente é a de alliviar o paciente com a maxima presteza para livral-o da infecção?

Cumpre igualmente attender muito ao risco que ha de morte, nos doentes já grandemente enfraquecidos pela chronicidade da retenção.

— Em todo o caso, nas retenções chronicas, completas ou incompletas, salvo em individuos muito idosos ou muito enfraquecidos, a orchidectomia dupla, depois de tentado o catheterismo methodico e regular e falhando este, é o unico tratamento racional.

Pela maioria dos autores foram observadas perturbações psychicas posteriormente a orchidectomia dupla. Sobrevêm logo nos primeiros dias subsequentes a operação e, em geral, são ephemeras.

A orchidectomia dupla não é tambem indicada para os casos de simples dysuria e para os de retenção aguda, em que as perturbações da micção provém da congestão da prostata e da bexiga.

O catheterismo em taes casos, quando possivel e bem applicado, produz melhores resultados.

Vimos, no capitulo precedente, que a causa da cura dos doentes destes dois periodos, por meio da orchidectomia, é consequencia da descongestão da prostata e da bexiga. Mas, sendo, o catheterismo, como é, mais innocuo e produzindo bons effeitos, deve assim ser preferido. E si falhar, ainda ha outros methodos além do da orchidectomia dupla e alguns mais brandos e com identicos resultados, como por exemplo: — a resecção dos canaes deferentes, a angionevrectomia etc. Sem duvida alguma é escusada barbaridade, para fim tão facil de obter por outros meios, o emprego e pratica de uma operação cujas consequencias são sérias, como já vimos. Falhando comtudo o emprego de todos os outros recursos, casos ha, extremos, em que o cirurgião poderá, em taes periodos, empregar a orchidectomia dupla, sendo certo que consistindo os seus effeitos em removerem para sempre a congestão, causa directa de todas as perturbações caracteristicas de ambos esses periodos, poderá assim produzir benefico resultado.

A indicação da orchidectomia dupla é para os casos de retenção chronica, completa ou incompleta, não sendo o doente

muito avançado em annos. Ahi ella produzirá o restabelecimento da contractilidade vesical que se acha embotada, diminuirá a urina residual e conseguintemente sustará os progressos da infecção entretida por estas duas ultimas causas. O seu emprego é licito e conveniente.

Apezar da atrophia se manifestar no lobo médio hypertrophiado, como nos lobos lateraes, a orchidectomia dupla não é indicada nos casos de retenção produzida por elle. A causa desta contra-indicação provém justamente do papel que o lobo representa, fazendo a occlusão do orificio vesical da urethra. A remoção deste obstaculo não deve ser tão tardia quanto a que iria conseguir a atrophia. Os recursos immediatos impõem-se de preferencia e dentre elle distinguimos a prostatectomia. O reconhecimento deste lobo médio hypertrophiado é muito difficil, si não impossivel, a menos que o clinico disponha dos recursos da cystoscopia.

Já ficou provado que a atrophia só se manifesta na hypertrophia da prostata quando esta é consequencia do desenvolvimento exagerado do tecido glandular. Qual será pois, o meio pratico para reconhecermos pelo exame, a natureza da hypertrophia ?

Socin diz que as prostatas de consistencia dura são devidas á hypertrophia fibrosa, não se devendo por isso nellas intervir. Motz, porém, demonstrou que tal relação entre a consistencia e a natureza da hypertrophia nem sempre é real. Assim é que as vezes uma prostata dura parecendo fibrosa é, no emtanto, glandular. O cirurgião é, portanto, forçado, no seu diagnostico, a confiar-se ao acaso, porque a sciencia ainda não o habilita a distinguir com segurança, só pelo simples exame, qual seja a especie de prostata que elle examina.

A perda da contractilidade vesical, longe de constituir uma contraindicação, é ao contrario, uma das indicações do processo que estudamos. Como anteriormente tivemos occasião de vêr, os effeitos dynamogenicos da orchidectomia dupla são assignalados nos prostaticos, cuja bexiga perdeo sua força contractil, devido á retenção chronica.

As indicações desta operação, motivadas pelas complicações da hypertophia, constituem igualmente estudo interessante. Podem ser de varias especies: difficuldade de catheterismo, hematuria, orchite, etc. Todos estes accidentes são perfeitamente passiveis de cura por meio da ablação dos testiculos.

Chegamos a meta do nosso trabalho. E' um ensaio que tentamos sobre assumpto tão vasto quanto difficil. Seja-nos licito concluir, de tudo quanto lemos, vimos e observamos, no estado

actual dos estudos sobre este processo, que, abstrahindo dos prós e contras, o melhor methodo para tratar um prostatico é sem duvida alguma, depois do catheterismo, a orchidectomia ou castração dupla, o que se corrobora a vista dos resultados proximos e remotos que proporciona aos doentes a ella sujeitos.

Manual operatorio

A orchidectomia ou castração dupla é uma operação que consiste na ablação de ambos os testiculos com uma porção mais ou menos longa do cordão spermatico.

O termo castração dupla é por demais vulgar; não obstante os observadores que estudaram e trataram deste processo empregaram sempre essa denominação.

E' preferivel dizer *orchotomia* ou *orchiotomia* (Litré dicc. de med.) ou melhor ainda *orchidectomia dupla* como se vê do tratado de Rochet sobre a dysuria senil. E' praticada da seguinte maneira: Raspam-se os pellos do escroto, do pubis e da face interna das coxas. Em seguida a região onde se vae operar cumpre ser lavada com alcool e competentemente desinfectada.

Anesthesiado o doente, procede-se a operação que se faz em 3 tempos. No 1° tempo—faz-se *secção da pelle* que é feita com o bisturi na parte anterior e mediana de cada uma das bolsas sendo que a incisão deve ir do orificio inguinal externo ao ponto mais declive de cada uma das bolsas. Neste tempo pratica-se a ligadura das arterias pudendas externas; 2° tempo é destinado á *enucleação do testiculo sem abrir a cavidade vaginal.* Comprime-se a bolsa com uma das mãos de modo a produzir a luxação do testiculo para a ferida. Com o dedo abre-se a tunica-cellulo-vascular frouxa que fica entre o dartos e a tunica fibro-cremasterina. Feito isto enuclea-se o cordão até o orificio inguinal externo.

No 3° tempo dá-se a *secção do cordão e ligadura isolada dos vasos* que o acompanham. Uma vez pinçado, secciona-se o cordão ligando-se em seguida com catgut. As arterias que o acompanham são ligadas tambem. Ellas são em numero de trez a saber: a arteria deferencial ao seu lado, a funicular ou cremasterina, que não tem posição fixa e a espermatica, que é a mais importante, sita para o lado e para dentro do canal deferente.

Concluidas essas ligaduras sutura-se o pelle com seda ou crina de Florença, e applica-se-lhe um curativo antiseptico. A fe-

rida em geral dahi a poucos dias, 6 ou 7, está cicatrisada sendo nesta occasião retirados os pontos.

A vantagem da incisão anterior está na facilidade do curativo e no facto de não ser esta face tão sujeita a traumatismos quanto a lateral.

Outra precaução quando se opera um prostatico é quanto ao meio de drenar a bexiga. Se a sonda de demora não incommoda o doente, ella deve ser a preferida; no caso contrario o catheterismo repetidas vezes feito impõe-se.

Se a micção não se restaurar immediatamente dias depois cumpre então que o doente se vá acostumando a provocal-a por meio de pequenos esforços até que ella venha surgir de novo. O tratamento medico consiste no uso de antisepticos como o salol a urotropina etc. Além disso as lavagens da bexiga com acido borico em solução nos casos de infecção produzem bons resultados.

Si apparecerem phenomenos caracteristicos de desordens intellectuaes o uso dos bromuretos é indicado. No mais o tratamento é todo symptomatico não obstante as consequencias posteriores a intervenção, serem na grande maioria dos casos, de grande benignidade.

CONCLUSÕES

Do que acima estudamos, tiramos as conclusões que se seguem :

1.º A castração dupla só produz bons resultados nos casos em que a hypertrophia deste orgão é devida ao desenvolvimento exagerado do tecido glandular, ligado ou não á congestão do mesmo ;

2.º As modificações atrophicas causadas pela orchidectomia dupla se exercem principalmente no tecido glandular ;

3.º Apezar de bons resultados a orchidectomia dupla é contra-indicada nos individuos muito velhos, em qualquer um dos periodos da molestia, pela demora dos resultados da intervenção e pelas suas consequencias quiçá funestas — em tão alta idade ;

4.º Apezar dos bons resultados que por ella se obtem nos periodos de retenção aguda ou de simples dysuria, não se deve em taes casos fazer uso da orchidectomia dupla ; outros meios mais innocentes dão o mesmo resultado ;

5.º Os seus effeitos em taes casos são puramente devidos a descongestão da prostata ;

6.º A perda de contractilidade da bexiga é um dos phenomenos que acompanham o periodo de retenção chronica completa ou incompleta ; a sua causa está na distenção forçada da bexiga pela urina nella contida :

7.º A orchidectomia dupla em qualquer uma das phases deste periodo, exerce a sua acção mais sobre a bexiga do que sobre a propria prostata ; ella, por uma acção dynamogenica, vai restaurar a contractilidade vesical compromettida ;

8.º A diminuição da urina residual é facto quasi que constante depois do emprego do castração dupla no periodo de retenção chronica completa ou incompleta.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

(*Professor Oscar Bulhões*)

Hypertrophia da prostata no periodo da retenção incompleta complicada de cystite. Orchidectomia dupla. Cura.

J. T. da S., de 75 annos de idade, portuguez, morador em Minas, entrou para o serviço do Professor Oscar Bulhões em 7 de Setembro de 1898.

Nada de notavel quanto aos seus precedentes ; sua vida anterior foi muito regular, sem nunca ter syphilis, nem blenorrhagia.

Os primeiros symptomas demonstraram-se pela frequencia das micções nocturnas, mais ou menos ha dous annos, sendo que as micções diurnas se espaçavam. A micção era difficil, obrigando o doente a procurar posições que mais facilmente permittissem a sahida da urina, como por exemplo a urinar de pé ou levemente abaixado, comprimindo o ventre. Durante o dia o espaço entre as micções era tão grande que o doente, em certas e determinadas horas, empregava esforços para provocal--as : — as primeiras gottas eram obtidas após grandes esforços e o jacto era sem impulso.

Soffria muitas dôres e, procurando um facultativo, este prescreveu-lhe a dilatação da urethra e catheterismos vesicaes. Com este tratamento melhorou nos primeiros dias, sendo, durante esses

dias, necessarios um ou dous catheterismos para allivial-o, tornando-se menos prolongado o espaço entre as micções e estas mais faceis, depois da pratica do catheterismo.

Quatro ou cinco dias depois sobreveio a cystite caracterisada por micções cada vez mais frequentes, porém, menos abundantes e mais dolorosas, com urinas turvas e afinal purulentas, chegando as micções a se exaggerarem, tornando-se imperiosas e seguidas, e sómente possiveis por intermedio do catheterismo, que aliás era muito doloroso.

O doente, tentando sempre mil meios e modos de tratar a sua molestia pelo uso de quanto remedio se lhe indicasse, só conseguio augmentar a infecção que passou afinal a chronicidade, tornando-se as micções cada vez mais difficeis e frequentes e as urinas purulentas.

Enfraquecido, naturalmente, pela infecção, foi quando elle veio para o Rio de Janeiro, em busca de cura para tão atrozes padecimentos.

Exame — A urethra, na sua parte anterior, não apresenta irregularidades ao explorador de Guyon ; este instrumento atravessa-a com facilidade relativa, mas, chegado a porção prostatica não consegue transpol-a. Introduzida uma sonda *béquille* esta atravessa as diversas porções do canal ; na porção prostatica, porém, a ponta do instrumento desvia-se pela saliencia do lobo lateral esquerdo. Ao contacto da sonda a bexiga é dolorosa e bem assim o é a palpação.

Feito o toque rectal verifica-se que o volume da prostata augmentou, sendo comtudo este augmento mais predominante no lobo esquerdo.

A apalpação dos rins não é dolorosa. As urinas, como ha pouco dissemos, são carregadas de pús e de cheiro ammoniacal.

A tudo isto junte-se que o paciente é atheromatoso, soffre de uma bronchite asthmatica chronica e tem um hydrocele esquerdo.

Diagnostico — Attendendo ás diversas perturbações da micção, á retenção da urina que se apresenta cheia de pús e mais ainda á idade do doente bem como á sua historia anterior ; considerando emfim os dados fornecidos pelo catheterismo e pelo toque rectal e palpação, o diagnostico que se impõe é o de uma hypertrophia da prostata, no periodo de retenção chronica incompleta, complicada de cystite.

Prognostico — Em vista dos perigos offerecidos ao doente pela retenção e pela cystite purulenta, perigos ainda mais aggravados pela idade avançada em que o mesmo se acha, devemos

concluir que o prognostico deve ser que se trata de caso muito grave.

Tratamento operatorio — Pelo que acabamos de expôr vê-se que o doente já fazia uso do catheterismo, o qual cada vez mais se tornára difficil e repetido. Nesta emergencia foi-lhe proposta e por elle aceita, a orchidectomia dupla, com o intuito de procurar-lhe melhoras.

A 22 de Setembro de 1898 o Dr. Oscar Bulhões praticou, de facto, a orchidectomia dupla em ambos os angulos da ferida, deixando em cada um delles um tubo de drenagem e uma sonda de demora (Nélaton) na urethra do operado.

A' tarde de 23 este accusava 38.°, pelo que se procedeu, por meio da sonda, á lavagem da bexiga, repetindo-se isto mesmo no dia seguinte, si bem que durante este a temperatura não se elevasse.

No dia 25, pela manhã, o doente estava com 37°,8. No dia immediato, feito o curativo e retirado o tubo de drenagem do angulo direito não se observou reacção febril.

A 27 a temperatura conserva-se na normal e a 28 procede-se a novo curativo, sendo retirado o outro dreno: temperatura 37°,3.

No dia 29 a temperatura é normal, bem como no dia 30, em que ha novo curativo, retirarando-se os pontos profundos.

A temperatura continúa normal durante 1 e 2 de Outubro; nesta data ou 11 dias apenas depois da orchidectomia dupla o operado urinava expontaneamente.

Observado ainda, pelos dias 3 e 4, a temperatura foi de 37°,2 e 36°,5.

Succedeu posteriormente que o doente, querendo sondar-se por si mesmo, fel-o no emtanto sem os devidos cuidados, resultando d'ahi uma urethrite que afinal se desvaneceu.

A 18 de Outubro de 1898 o operado teve alta, completamente curado.

OBSERVAÇÃO II

(*Clinica do Dr. Alvaro Ramos*)

Hypertrophia da prostata. Retenção incompleta de urina complicada de cystite dolorosa e hematuria. Orchidectomia dupla: Cura.

T..., 70 annos presumiveis, a 2 de Novembro de 1898 chamou pela primeira vez, o Dr. Alvaro Ramos. Era individuo de vida sedentaria e nunca tivera syphilis. Interrogado informou

que ja havia tres annos que só conseguia urinar por intermedio da sonda fazendo-o tão amiudadas vezes que, no centro da cidade onde exercia a sua profissão era obrigado a ter um quarto para pratica do catheterismo, sendo que o motivo que o determinava a chamar o medico fôra uma grande hematuria precedida de fortes dores na bexiga.

Exame.—O exame feito pelo toque rectal demonstrou estar a prostata enormemente desenvolvida, do tamanho aproximado de uma laranja, desviando o recto de sua directriz normal.

Pelo catheterismo explorador reconheceu-se que a hypertrophia além de total, estendia-se uniformemente por todos os lobos da glandula.

Diagnostico.—Si attendermos a difficuldade da micção, só possivel por meio do catheterismo e si considerarmos a hematuria e a cystite que o doente apresenta, sem nos esquecermos de sua edade, modo de vida e antecedentes, forçoso é concluirmos que o doente soffre de uma hypertrophia da prostata no seu periodo de retenção imcompleta, com hematuria e cystite.

Tratamento — Devido á cystite que o doente apresentava foram-lhe prescriptas lavagens por meio da sonda de agua tepida boricada, não só para fazer-se a antisepsia da cavidade vesical, como tambem afim de facilitar a eliminação dos coalhos nella contidos. Em seguida a tal lavagem o doente melhorou muito, conseguindo poder voltar ás suas occupações.

No dia 5 do mesmo mez sobreveio-lhe, porém, nova retenção pelo que foi novamente chamado o clinico assistente. O tratamento anterior foi então repetido e, além disso, fez-se-lhe applicação de uma sonda de demora a qual foi bem tolerada:—as melhoras declararam-se e perduraram.

Passado um mez, pela madrugada de 6 de Dezembro, foi o Dr. Alvaro Ramos procurado. O doente apresentava desde a vespera retenção de urina com fortes dôres e difficuldade em passar a sonda. Repetio ainda a pratica do catheterismo e da lavagem vesical com agua boricada tepida.

No dia 8 foi proposta uma conferencia com o Dr. Hygino de Miranda ficando nella assentado que a orchidectomia dupla era perfeitamente indicada para a cura de taes perturbações.

A 9, com prévio assentimento do paciente, foi praticada a orchidectomia dupla. Não se deixou sonda: ia o proprio Dr. Alvaro Ramos sondar o operado, de 4 em 4 horas.

No dia 11, ou dous dias depois daquella operação cedeu a hematuria e logo no dia 12 o catheterismo, que anteriormente apresentava muitas difficuldades, como vimos, foi tão facil que permitio

a introducção do explorador metallico na bexiga, reconhecendo-se nesta a presença de calculos. O toque rectal revelou, neste mesmo dia, differença para menos no volume da prostata: a micção expontanea estava restaurada.

A 13 praticou-se a talha hypogastrica, sendo extrahidos quatro grandes calculos de phosphato de calcio. A ferida da talha cicatrisou bem em todos os pontos, excepto no ponto mais baixo da incisão, onde formou-se uma pequena fistula que não dava sahida a urina. Entretanto não houve a menor reacção febril e a micção veio a ser perfeitamente franca.

O doente ficou dest'arte inteira e cabalmente curado.

OBSERVAÇÃO III

(*Dr. Augusto Hygino*)

Hypertrophia da prostata no periodo de retenção com distenção e incontinencia. (3.º periodo). Orchidectomia dupla: cura.

J. de A., portuguez, velho de 76 annos, foi admittido na enfermaria 17 do Hospital da Misericordia a 9 de Dezembro de 1898, por força de urgencia e devido a uma retenção completa da urina.

Até então gozou sempre de excellente saude, sem ter nunca soffrido dos orgãos genito-urinarios e muito menos foi attingido de syphilis. Apenas já havia estado na mesma enfermaria durante o espaço de tempo decorrido entre 28 de Março a 15 de Agosto de 1898, para tratamento de uma synovite suppurada e flegmão do antebraço consecutivo a um profundo panaricio do auricular da dextra que foi desarticulado.

Interrogado sobre a causa que o levara a solicitar nova entrada na enfermaria respondeu que, de dois mezes áquella data, começara a soffrer de difficuldade no começo da micção, facto que elle attribuia a sua avançada idade e ao depauperamento em que ficara após a sua anterior molestia.

Molestia actual: Datava portanto de 2 mezes a sua molestia, pois de então foi que o doente começou a notar que urinava com difficuldade, obrigado a empregar esforços para fazer surgir as primeiras gottas, que ainda assim só appareciam depois de algum tempo de espera. A' noite a frequencia da micção obrigava-o a levantar-se continuadamente, ao passo que durante o dia era normal.

Como dissemos, o doente explicava o seu mal pela muita edade e debilidade, e como fosse, a 8 de Dezembro, accomettido de retenção aguda da urina foi, por isso, admittido no Hospital.

Exame—O exame revelou o seguinte :—uma saliencia mediana, regular, situada na região hypogastrica, muito apparente, porque o enfermo achava-se muito emmagrecido.

A palpação revela um tumor globuloso, depressivel e sensivel á pressão, cuja percussão produz um som obscuro e cujos, limites superiores vão até dous dedos abaixo da cicatriz umbilical.

Combinando a palpação com o toque rectal notou-se que aquelle tumor era formado pela bexiga distendida, bem como que a prostata estava totalmente hypertrophiada.

O catheterismo, praticado com uma sonda *coudée* 18, encontrou a mesma difficuldade ; a urina foi expellida fracamente e da primeira vez a quantidade extrahida approximou-se a 2 litros, sendo que, substituida por 500 grammas de agua boricada, retirou-se-lhe em seguida mais outro litro, deixando-se ficar na bexiga outras 500 grammas de agua boricada, em substituição. A substituição na bexiga de grande quantidade de urina por pequena quantidade de acido borico consegue duas vantagens: — *a*) evita os accidentes que a evacuação rapida dessa cavidade poderia occasionar ; — *b*) o acido borico, excellente antiseptico vesical, vai produzir modificações salutares n'um meio infecto como o da bexiga. Tal pratica foi ainda seguida no segundo dia.

No terceiro dia o doente ficou com uma sonda de demora, a qual como não a podesse supportar mais, ao cabo de alguns dias, foi substituida pelo catheterismo regularmente espaçado. O doente não conseguio aprender a passar a sonda, porque, além de sua mão direita apresentar movimentos muito limitados, devido á molestia de que soffrera, o lobo médio da prostata offerecia grande difficuldade ao catheterismo.

O exame dos rins revelava sensibilidade á palpação, mas sem augmento de volume.

No primeiro dia accusa o enfermo 38.°, temperatura que depois do primeiro catheterismo desceu a normal. Internamente usou de salol, de urotropina e de outros antisepticos.

Este individuo era arterio-scloroso, sendo suas arterias duras e atheromatosas, apresentando a sua cornea uma zona branca caracteristica.

Diagnostico — Attendendo ás perturbações nocturnas da micção, a idade do doente, a presença do arterio-sclorose, ao exame feito pelo catheterismo e pelo toque rectal e mais ainda a ausen-

cia de infecções blenorrhagicas e syphiliticas, a conclusão unica a tirar-se é que o paciente soffre de hypertrophia da prostata no periodo de retenção com distenção e incontinencia pelo regurgitamento.

Prognostico — Si considerarmos que estamos diante do ultimo periodo da affecção, que foi diagnosticada, com a bexiga forçada; si tivermos em vista as graves complicações que ameaçam o doente para o lado dos ureteres e dos rins que, participam da congestão devido a repleição vesical, por sua vez predisponente da mesma congestão e hemorrhagia; si, em fim, levarmos em conta os perigos do catheterismo em taes casos mesmo com todas as cautelas da antisepsia, bem como que o doente é individuo que, além de depauperado e idoso, está minado pelo arterio-sclorose, o prognostico só póde ser que se trata de um caso muito grave.

Tratamento operatorio — Proposta a orchidectomia dupla o doente aceitou-a e foi praticada a 17 de Fevereiro pelo Dr. Augusto Hygino acompanhado do Dr. Alvaro Ramos.

Feita a operação e terminado o curativo deixou-se, na bexiga, uma sonda Nélaton, 17, para permittir o repouso deste orgão.

No quarto dia a sonda foi retirada e o catheterismo praticado em espaços de tempo regulares. A temperatura manteve-se normal.

No quinto o operado participou que tentára e conseguira urinar sem auxilio da sonda; todavia os catheterismos continuam a ser feitos, urinando aquelle nos intervallos dos mesmos.

No setimo dia os pontos da ferida foram retirados, achando-se cicatrisada. Doze a quinze dias após a micção se fazia expontanea e voluntariamente. O toque rectal então feito demonstrou que a prostata estava muito diminuida de volume

E tão satisfactorias condicções perduraram até a sahida do operado, o que sómente teve lugar vinte e tantos dias depois, a 31 de Março de 1899.

OBSERVÇÃO IV (resumida)

(*Clinica do Dr. Carlos Teixeira*)

Hypertrophia da prostata no periodo de retenção incompleta.—Orchidectomia unilateral : cura.

Advertimos que esta IV observação, cujo valor é innegavelmente grande, foi por nós resumida das informações que se seguem.

O illustrado mestre Dr. Carlos Teixeira referio-nos que, no exercicio de sua clinica civil, foi, em 1898, chamado para ver um doente. Este que era idoso, só urinava com auxilio da sonda e queixava-se de soffrer de fortes tenesmos.

Praticado o toque rectal verificou-se para logo que o doente apresentava a prostata grandemente augmentada de volume; o catheterismo explorador denotou difficuldade na passagem do catheter pela porção prostatica da urethra que tambem se demonstrava augmentada em extensão.

O diagnostico, baseado na edade do doente e nos dados que o exame fornecera, foi de hypertrophia da prostata no periodo de retenção incompleta.

Proposta a castração e acceita, foi ella praticada em 11 de Novembro de 1898, com o auxilio do Dr. A. Hygino. O doente, por occasião desta intervenção, só foi castrado de um dos testiculos porque soffrera anteriormente de identica operação para ablação do outro motivada por tuberculose. Não podemos precisar qual fosse o testiculo retirado na segunda das intervenções, a de que tratamos.

Operado, foi deixada uma sonda de demora. Logo nos primeiros dias os tenesmos desappareceram e quatro ou cinco dias depois a micção expontanea restabeleceu-se.

O exame da prostata pelo toque rectal, a que então se procedeo, accusou diminuição sensivel ou de cerca de um terço do volume apresentado antecedentemente pela glandula.

Mais tarde o doente ausentou-se desta capital não se obtendo posteriormente outras quaesquer noticias dos resultados da intervenção cirurgica, cujo beneficio aliás se manifestara tão prompto e seguro nos primeiros dias.

OBSERVAÇÃO V

(*Serviço do Dr. Daniel de Almeida*)

Hypertrophia da prostata no periodo de retenção incompleta. Orchidectomia dupla: melhora.

J. F. G., de 77 annos, morador no E. do Rio. Nada de importante em seus antecedentes hereditarios;—quanto aos pessoaes disse que nunca foi contaminado pela syphilis, nem soffreu de molestias do apparelho genito-urinario.

A sua physionomia, comquanto o doente seja um velho bem constituido, denota abatimento sem duvida proveniente das muitas dôres que a molestia produzia.

Um anno antes de entrar para a enfermaria sua micção se tornara cada vez mais difficil e mais frequente á noite do que durante o dia. O jacto era fraco e sem projecção. Fortes dores na bexiga obrigavam-no, muitas vezes, a passar as noites em claro. Consultado um especialista este acreditou-o um calculoso, hypothese que, por infundada, logo cedeu á vista do exame praticado na bexiga.

N'aquelle presupposto o mesmo especialista prescreveu-lhe o uso da sonda de Nélaton que, ao principio, foi de real vantagem para o paciente. Este recurso, porém, tornara-se, ultimamente, além de difficil e fatigante, pelo numero de vezes que o doente a elle recorria, durante a noite, muito doloroso e ás vezes mesmo quasi impraticavel. As urinas eram claras.

Desesperado procurou, embalde, outro remedio para a enfermidade; e por fim deu entrada a 10 de Julho de 1899 no Hospital da Misericordia, indo para a enfermaria dos *quartos particulares.*

Exame—Feito o toque rectal achou-se a prostata grandemente augmentada de volume e de consistencia dura. O augmento era sensivelmente mais notavel no lobo esquerdo.

O catheterismo explorador mostrou que, ao transpor a porção prostatica, o instrumento se desviava sempre para a direita. Era o lobo esquerdo que se achava augmentado de volume, como já fôra observado pelo toque rectal.

A bexiga accusava-se dolorosa e a sua capacidade pequena. O explorador metallico não indicou presença de calculos: por elle percebia-se que a bexiga era das do typo denominado—*bexiga em columnas.*

Diagnostico.—A edade do doente, as perturbações da micção no começo da molestia, e a subsequente retenção incompleta, o grande augmento de volume da prostata, tudo isso indicava claramente que se tratava de um caso de hypertrophia da prostata no periodo da retenção incompleta.

Tratamento.— A orchidectomia dupla foi proposta e acceita pelo doente, sendo praticada a 17 de Julho pelo Dr. Daniel de Almeida. No dia seguinte applicou-se-lhe uma sonda de demora que, a 19, foi retirada por não supportal-a o operado. D'este dia em diante foi elle regularmente sondado em espaços determinados de tempo.

A irritação da urethra e da bexiga, causada pela sonda de

demora foi jugulada por meio de lavagens de agua morna boricada.

A dôr, localisada na região hypogastrica e muita afflictiva para o doente, desappareceu completamente a 21 ou quatro dias depois da intervenção, coincidindo o seu desapparecimento com a menos frequente necessidade de urinar. O catheterismo passou, por isto mesmo, a ser feito apenas de 4 em 4 horas, sendo certo que antes da operação o doente se sondava de hora em hora.

Mais tarde o intervallo entre uma e outra sondagem passou a ser maior : a ella se procedia apenas na occasião de deitar-se o operado e ao amanhecer, quando se despertava. E findo um mez elle já urinava expontaneamente algumas gottas.

Não nos foi possivel praticar novo toque rectal porque o doente se retirou da enfermaria, indo para o interior.

O caso presente é d'aquelles em que os resultados da intervenção cirurgica só muito depois poderão ser apreciados.

Entretanto si o doente não estava completamente curado, ao retirar-se, muitas e reaes melhoras apresentava, como acabamos de vêr.

PROPOSIÇÕES

PHYSICA MEDICA

I

A cystoscopia é uma applicação da optica ao diagnostico das molestias da bexiga.

II

Os apparelhos usados para tal fim são as cystocopos que podem ser de luz externa ou de luz interna.

III

Pelo exame cystocopico se reconhece o lobo medio da prostata pela sua posição e pela sua saliencia e coloração, diversas da das paredes da bexiga.

CHIMICA INORGANICA

I

Chamam-se phosphatos os saes resultantes da combinação do acido phosphorico com um metal.

II

Os phosphatos, juntamente com outros saes mineraes, entram na composição da urina.

III

Os phosphatos da urina se dividem em alcalinos e alcalino-terrosos.

BOTANICA E ZOOLOGIA

I

A noz vomica é a semente do vomiqueiro (*Strychnos nux vomica;* L.) arvore da familia das Loganiaceas.

II

O fructo desta arvore tem a dimensão de uma laranja, contendo cerca de 15 sementes, conhecidas pelo nome de noz vomica, apresentando as bordas grossas e uma depressão central, dando-lhe aspecto de uma lente bi-concava.

III

Os principaes alcaloides da noz vomica são a *brucina* e a *strychinina*; esta ultima é muito usada no tratamento dos prostaticos.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A bexiga é o reservatorio da urina; acha-se sita na pequena bacia entre a symphise pubiana e o recto, no homem, e entre a symphise e o utero, na mulher.

II

As suas dimensões são variadas ; o seu formato é oval, o seu maior diametro é obliquo, de cima para baixo e de diante para traz.

III

Divide-se em duas partes—*corpo* e *collo.*

HISTOLOGIA

I

A urethra é constituida por duas tunicas: muscular e mucosa.

II

A tunica muscular é formada por duas camadas de fibras lisas—uma longitudinal interna e outra circular externa.

III

A tunica mucosa apresenta varias colorações, conforme o ponto examinado, e é muito adherente á tunica muscular; apresenta dobras e depressões visiveis a olho nú.

PHYSIOLOGIA

I

Rins são os orgãos a cujo cargo está a funcção da secreção urinaria.

II

Elles não elaboram a uréa, como se suppunha outr'ora, pois essa já preexiste no sangue.

III

Os glomerulos de Malpighi presidem a filtração da agua que se transforma em urina, carregando-se dos principios que ella contem, no epithelio dos tubos uriniferos.

PATHOLOGIA GERAL

I

A edade é um dos elementos na etiologia das molestias.

II

Com a velhice rompe-se o equilibrio entre o gasto e a reparação, no organismo.

III

Um dos factores, na etiologia da hypertrophia da prostata, é a edade.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A cavidade vesical nos casos de cystite tuberculosa chronica é muito diminuta e coberta de villosidades.

II

As lesões da cystite tuberculosa chronica assestam-se em geral na tunica mucosa, que se apresenta injectada, irregular e fungosa.

III

Estas lesões têm particular sympathia pelo trigono Lieutaud.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

A uréa ou diamide carbonica é um corpo que se crystallisa em prismas estriados longos e achatados, quando separada de uma solução aquosa.

II

E' incolor, amarga, muito soluvel na agua, abaixando a temperatura na occasião de se dissolver.

III

Ella entra na composição da urina.

CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

I

A reacção de *murexida* (purpurato de ammonio) é a reacção caracteristica do acido urico e dos uratos.

II

A urina é aquecida em uma capsula com algumas gottas de acido azotico e evaporando até a seccura ;—ajuntando-se uma a duas gottas de ammonea obtem-se uma coloração vermelha, que passa a azul sob a acção da potassa caustica.

III

O acido urico é demonstrado no sangue dos gottosos, pelo processo classico chamado do fio ou de Garrod.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

Uma das fórmas de infecção syphilitica é a nephrite syphilitica precoce.

II

Suas lesões são as seguinte : rim molle, palido e facilmente decorticavel. Nos cortes a substancia é hypertrophiada, d'um branco amarellado, ás vezes estriada ou pontilhada de vermelho.

III

No seu tratamento os ioduretos e os mercuriaes são indicados devendo porém, serem usados com grande prudencia.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Na tuberculose renal a hematuria é um symptoma frequente,

II

Ella é muitas vezes um dos signaes mais precoces da molestia.

III

Sobrevem sem causa apreciavel não podendo ser provocada por exercicios violentos como a hematuria cancerosa.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Os corpos estranhos do canal da urethra podem apresentar volume e configurações diversas.

II

Taes corpos produzem dôr, embaraço ás micções e por fim uma urethrite devida a irritação das paredes do canal.

III

Elles podem ser causa de feridas, de rupturas do canal, e dar lugar a tumores e a abcessos.

MATERIA MEDICA PHARMALOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Actualmente as injecções urethraes têm por base soluções antisepticas.

II

D'entre os antisepticos mais usados destinguem-se: o sublimado corrosivo o permanganato de potassio e o nitrato de prata.

III

Em casos especiaes para evitar o contacto das duas paredes da mucosa urethral em suppuração usam-se injecções contendo principios pulverisados e d'entre elles notam-se o sub-nitrato de bismutho e sulfato de zinco

CLINICA OPHTOLMOLOGICA

I

Pode haver conjunctivites de origem blennorrhagica.

II

As conjunctivites blennorrhagicas podem ser agudas ou chronicas.

III

No seu tratamento, alem das precauções de hygiene, usam-se collyrios adstringentes e causticos.

2ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

I

No tratamento da cystite chronica de origem tuberculosa ha dois methodos a seguir: o das instillações e o da intervenção cirurgica.

II

As instillações de sublimado corrosivo produzem a diminuição das micções e a attenuação das dôres.

III

O methodo cirurgico consiste ou na curettagem e drenagem da bexiga pelo perineo ou pelo hypogastro, ou na extripação da mucosa.

ANATOMIA MEDICO CIRURGICA E COMPARADA

I

A prostata é uma glandula em cacho, que envolve, por todos os lados, o collo vesical e é atravessada pelo canal da urethra.

II

Seu volume é excessivamente variavel, já devido a edade, já pela influencia de certas molestias.

III

As arterias que a regam provém da hemorrhoidaria media e das vesicaes; as veias dirigem-se para os plexus venosos, sitos adiante e ao lado d'ella; os nervos nascem do plexus hypogastrico.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Urethrotomia interna é uma operação consistente na secção dos estreitamentos da urethra, sem abertura do canal.

II

Trez são os seus tempos:
1.° introducção da vela conductora,
2.° introducção do conductor metallico, e
3.° finalmente, secção do estreitamento com a lamina do urethrotomo.

III

Os seus resultados são geralmente proficuos.

1.ª CADEIRA CLINICA CIRURGICA

I

Estreitamento da urethra é uma molestia devida a diminuição adquirida, permanente e progressiva do calibre da urethra.

II

São de 3 ordens as suas causas: 1.° inflammações do canal da urethra, 2.° traumatismos, 3.° ulcerações.

III

D'entre as do 1.° grupo deve-se salientar o estreitamento proveniente da inflammação blenorrhagica em vista da acuidade e da intensidade d'esta inflammação.

THERAPEUTICA

I

D'entre os agentes hodiernamente mais usados na pratica das molestias das vias urinarias, merece especial menção a urotropina.

II

E' uma combinação do formaldehydo e do ammonea (hexamethylentetramina).

III

E' administrado internamente na dose quotidiana de 1 gram. a 1 gram. 50 sendo muito preconisada a sua efficacia na lithiase renal urica e nos casos em que a bexiga é sede de uma fermentação ammoniacal.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O exame do rim necessita a palpação bi-manual.

II

Uma das mãos é applicada ao nivel do triangulo de Petit e a outra insinuada no hypocondrio realisando ambas movimentos tendentes a approximar uma da outra.

III

O rim normal não pode ser sentido pela palpação (Guyon).

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

D'entre as varias especies de nephrite deve-se assignalar a nephrite suppurada, a qual constitue uma das complicações das molestias das vias urinarias.

II

E' quasi sempre uma nephrite ascendente, podendo, comtudo, dar-se o facto de ser de origem descendente devido a uma infecção geral, provocada por uma molestia das vias urinarias em a qual o collibacillo, levado pelo sangue, se vá embolisar nos vasos renaes.

III

Si ambos os rins são compromettidos, a morte pode dar-se por uremia.

CLINICA PEDIATRICA

I

As uretrites e as cystites nas crianças podem ser muitas vezes de natureza verminosa.

II

Tem sido encontrados na urethra oxyurus e até mesmo ascarides.

III

Rilliet e Barthez referem o caso de um calculo vesical cujo nucleo era constituido por um alfinete.

HYGIENE

I

A hygiene representa um papel importante no tratamento dos prostaticos.

II

A alimentação exagerada, e o excesso de exercicio devem ser completamente prescriptos para taes doentes.

III

A estada no leito e o somno, sendo causa de congestão da prostata, o doente deve conseguintemente diminuir o mais possivel o numero de horas empregadas para elles.

MEDICINA LEGAL

I

Tem sido objecto de simulação a incontinencia de urina.

II

Deve-se pesquisar com os processos conhecidos a existencia de alguma lesão que a explique no apparelho genito-urinario.

III

Pode ainda a incontinencia depender do habito ou da atonia do sphincter vesical.

OBSTETRICIA

I

A maior parte das cegueiras congenitas é devida á ophtalmia dos recem-nascidos.

II

Na maioria dos casos é ella devida á contaminação ou contagio durante a passagem pela via genital materna infeccionada pelo gonococus de Neisser.

III

O tratamento é prophylatico ou curativo; o prophylatico consiste na antisepsia o curativo nas lavagens boricadas. Nos casos mais graves emprega-se o nitrato de prata.

1ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

Chamam-se pequenos accidentes do brightismo, symptomas, que são pouco importantes apparentemente, mas que muitas vezes assignalam o começo do mal de Bright e que podem ser achados no decurso da molestia.

II

Dentre elles um muito interessante é a cryesthesia que é uma impressionabilidade especial para o frio.

III

Ella é notavel nos membros inferiores e na região dos rins (Dieulafoy).

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

No tratamento de certos tumores uterinos é indicada a laparo-hysterectomia.

II

O cirurgião quando a pratica deve attender ás relações do utero e seus annexos com a bexiga.

III

No decurso da operação pode-se produzir o perfuração da bexiga nos casos de grandes adherencias d'ella com o tumor.

CLINICA PSYCHIATRICA E DAS MOLESTIAS NERVOSAS

I

Spasmo urethral é a contracção pathologica temporaria e symptomatica do sphincter inter uretral, que se traduz pela retenção de urina e pela parada dos instrumentos no bulbo.

II

Elle deve ser considerado como um exagero pathologico do reflexo que normalmente retem as urinas.

III

Pode ser devido a causas centraes e periphericas.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.

II

Renum et vesica in senibus œgre curantur.

III

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

IV

Qui sponte sanguinem cum urina effundit, iis in senibus venulam ruptam esse significat.

V

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

VI

Quibus in urina arenosœ sunt subsidientia iis vesica calculo laborat.

VISTO.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 20 de Outubro de 1899.

O SECRETARIO,

Dr. Eugenio de Menezes